



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Joana Lezan Sant´Anna

**Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças: uma proposta de
programa de intervenção usando práticas de mindfulness**

Rio de Janeiro

2020

Joana Lezan Sant'Anna

Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças: uma proposta de programa de intervenção usando práticas de *mindfulness*

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Deise Maria Leal Fernandes Mendes

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S232 Sant'Anna, Joana Lezan.
Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças: uma proposta de programa de intervenção usando práticas de mindfulness / Joana Lezan Sant'Anna. – 2020.
149 f.

Orientadora: Deise Maria Leal Fernandes Mendes.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicologia Social – Teses. 2. Câncer em crianças – Teses. 3. Mindfulness – Teses. I. Mendes, Deise Maria Leal Fernandes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Joana Lezan Sant'Anna

Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças: uma proposta de programa de intervenção usando práticas de *mindfulness*

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Aprovada em 11 de agosto de 2020.

Banca examinadora:

Profª Drª Deise Maria Leal Fernandes Mendes (Orientadora)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Profª Drª Vanessa Barbosa Romera Leite

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Profª Drª Luciana Fontes Pessoa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RJ

Prof Dr Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRS

Profª Drª ANA LUCIA NOVAIS CARVALHO

Universidade Federal Fluminense - UFF

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças que passam por situações adversas e que buscam superá-las, através dos recursos de enfrentamento que possuem e àqueles que buscam ajudá-las neste processo. Dedico também às minhas filhas, para que sejam sempre resilientes e capazes de enfrentar situações difíceis e que possam sempre contar com minha ajuda para tal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram no desenvolvimento deste trabalho e ao longo de todo o doutorado.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora Deise Mendes, pelo imenso carinho e dedicação que me dirigiu. Por não conter os elogios, que me ajudaram a ter confiança para seguir, nem as críticas, que me ajudaram a melhor encontrar o caminho. Por ter tido mais do que paciência, mas genuíno amor e generosidade para me ajudar com os percalços de um curso de doutorado com duas filhas pequenas, uma nascida no meio do curso. Por ser um ser humano e uma profissional de uma sensibilidade, comunicabilidade e visão ampla do mundo ímpar, que me inspirou e sempre me inspirará a não desistir e a fazer tudo com paixão, seriedade e dedicação.

Agradeço também ao grupo de pesquisa Desenvolvimento Socioemocional e Parentalidade, sempre muito prestativo e acolhedor. A cada uma das meninas, Andrea, Ana Beatriz, Stella, Roberta, Hysla, Clarice, Jennifer, Bruna e o menino, Rodrigo, que sempre me incentivaram e me ajudaram inclusive com minha caçulinha que ia comigo nas reuniões do grupo e éramos sempre recebidas, eu e ela, com enorme carinho por todos os membros.

Agradeço a meu pai, que além de ser um exemplo de mestre e pesquisador extremamente dedicado, esteve sempre disponível e foi um grande estimulador do meu trabalho, inúmeras vezes revisou essa dissertação, me deu sugestões, me ajudou na organização dos documentos, etc. Agradeço à minha mãe, sempre interessada também em como ia meu progresso, me estimulando e se mostrando sempre disposta a me ajudar em qualquer passo. Agradeço ao meu companheiro Raphael, que se colocou sempre disponível para me ajudar e sempre acreditou no meu potencial. Agradeço às minhas filhas que tiveram que ser poupadas de algum tempo da mãe para esta se dedicar a este trabalho, mas que espero que este possa servir de exemplo para que elas se dediquem a grandes realizações e que possam sempre seguir seus sonhos. Sem minha família, certamente eu não teria chegado tão longe.

Agradeço às minhas chefes no INCA durante o período do Doutorado, Monica e Alessandra, que me deram apoio para que eu conseguisse o mínimo de liberação para conseguir concluir esta tese ao mesmo tempo em que trabalhava no INCA em tempo integral.

Agradeço também às crianças que aqui serviram de casos para análise do programa e às suas famílias, que sempre me receberam com grande disponibilidade, apesar de se encontrarem num momento tão difícil de vida.

RESUMO

SANT'ANNA, J.L. *Enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças, usando práticas de mindfulness: uma proposta de programa de intervenção*. 2020. 147 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2020.

Enfrentamento é um processo complexo, estudado sob diferentes perspectivas, e sendo foco de práticas de intervenção voltadas para o favorecimento desse processo. Pesquisadores e clínicos introduziram intervenções baseadas em *mindfulness* (IBAPs), desvinculando-a das origens cultural e religiosa, em programas de tratamento de saúde mental, enfatizando a observação de pensamentos, emoções e sensações corporais, aceitando-os sem julgamentos, com objetivo de redução da ansiedade e aumento da regulação emocional. Iniciativas com crianças saudáveis e com adultos com câncer têm sido consideradas eficazes. Estes programas são pouco difundidos para tratamento oncológico infantil, apesar das possíveis contribuições. Esta tese de doutorado buscou elaborar, implementar e avaliar impactos de um programa exploratório utilizando práticas de *mindfulness*, visando favorecer o enfrentamento do câncer e seu tratamento, por crianças, com redução da ansiedade em relação ao tratamento e melhor manejo da dor. Foram realizados dois estudos pilotos antes da realização do estudo propriamente dito. Do estudo, participaram quatro crianças de sete a nove anos, em tratamento de câncer hematológico, na fase de indução, no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos responsáveis, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, pelas crianças. Foram aplicados os Formulários de Identificação e de Informações Sociodemográficas, e o Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH), na primeira etapa do estudo. Dois a sete dias após a aplicação dos instrumentos, iniciaram-se as oito sessões do *Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento* (PECI-MIND). Após cada sessão foram registradas observações importantes de reações e falas dos participantes no *Formulário de registro das sessões*. Duas semanas após a última sessão, foram realizadas uma entrevista semiestruturada e nova aplicação do AEH, registradas em áudio, buscando avaliar as contribuições do PECI-MIND. Realizou-se análise qualitativa (análise de conteúdo em estudo de caso múltiplo) dos registros das sessões, das justificativas às respostas ao AEH e das respostas às perguntas da entrevista. Foi realizada avaliação pré/pós e também processual. Constatou-se a plena viabilidade da aplicação do PECI-MIND, munindo os participantes de novos recursos para lidarem com a difícil situação da internação para tratamento de doença grave. Todos os participantes aderiram bem ao PECI-MIND, realizando completamente as atividades propostas, em todas as sessões. Ressalta-se, portanto, o cumprimento dos objetivos deste estudo, com a estruturação do PECI-MIND e posterior implementação no INCA. Também foram avaliadas contribuições do PECI-MIND e identificadas necessidades de aprimoramento. Quanto às contribuições, verificou-se que os participantes desenvolveram domínio da prática da atenção para sua respiração e outros movimentos e aspectos da sua corporeidade, para enfrentarem acontecimentos ameaçadores, melhorando sua capacidade de regulação da ansiedade e manejo da dor. Com relação a aprimoramentos, percebeu-se a necessidade de criação de recursos para incrementar a participação das crianças em situações em que houve: manifestações de inquietude e agitação, dificuldade de apreenderem certos conceitos, como o de sentimento, e interferência da preferência delas por jogos e brinquedos que não constavam das atividades propostas. Espera-se que essa iniciativa traga subsídios para formulação de programas de semelhantes propósitos e investigações científicas.

Palavras-chave: Câncer infantil. Enfrentamento. *Mindfulness*.

ABSTRACT

SANT'ANNA, J. L. *Coping with childhood cancer using mindfulness practices: a proposed intervention program*. 2020. 147 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2020.

Coping is a complex process, studied under different perspectives focusing on favorable intervention practices. The interventions may use mindfulness practices. Mindfulness emphasizes the observation of inner experience without affective, cognitive or physiological distortions. By observing thoughts and emotions from a detached perspective, accepting them without judgment, greater clarity of mental perception is achieved, reducing anxiety and enhancing emotional regulation. Although these practices have their origin in Eastern culture and Buddhist religion, Western researchers and clinicians have introduced mindfulness-based interventions (IBAPs) into mental health treatment programs, teaching and exercising the acquisition of the skills involved regardless of its religious and cultural origins. These programs, however, are still not widespread, especially in the context of cancer, and even more in the context of child cancer treatment. This thesis presents the elaboration, implementation and evaluation of an exploratory program using the practices of mindfulness, designed to help children, by reducing anxiety with the treatment and improving pain management. Four children, aged seven to nine years, undergoing treatment for hematological cancer in the induction phase, participated in the study, at INCA, Rio de Janeiro. Their guardians signed a Free and Informed Consent Form and the children signed a Free and Informed Agreement Form. Identification and sociodemographic information forms and an Assessment of Hospitalization Coping Strategies (AEH) were filled in the first stage of the study. Two to seven days after application of these instruments, the sessions of the Program for Coping with Child Cancer and its Treatment (PECI-MIND) began. After each session, observations of the participants' reactions and speeches were recorded, using a Session Registration Form. Two weeks after the program sessions were held, application of a new AEH and a semi-structured interview were scheduled, both recorded on audio, to evaluate program's contributions and effects. Qualitative analysis focusing on the records of the sessions, the answers to the AEH and to the questions asked in the interview was performed, using the content analysis for multiple case studies method. It was found that the program is fully feasible. It was able to provide the children a range of new resources to deal with the difficult situation of undergoing hospitalization for the treatment of a highly serious illness. All participants adhered well to the program, managing to fully carry out the activities proposed for the totality of its sessions. Therefore, the fulfillment of the objectives defined for the study is emphasized, including the complete structuring of the PECI-MIND program and its subsequent implementation. It was also possible to evaluate the contributions of the program and identify its possible needs of improvement. Regarding contributions, it was noted the development of children's mastery in directing attention to breathing and other movements and aspects of their corporeality, facing threatening events, improving anxiety regulation and managing pain. Regarding improvement of the program, the challenge to increase children's participation, in situations of anxiety and agitation, difficulty in grasping concepts like that of feeling, and interference of deviating interests for games and toys that did not belong the proposed activities, was perceived.

Keywords: Pediatric Cancer. Coping. Mindfulness.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	10
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Enfrentamento do câncer por crianças	13
1.1.1	<u>Câncer infantil: breve caracterização e repercussões na vida da criança</u>	13
1.1.1.1	Breve caracterização, fases da doença e opções principais de tratamento	13
1.1.1.2	O câncer em crianças na terceira infância	16
1.1.2	<u>Enfrentamento do câncer infantil: concepções e estratégias favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento saudável</u>	19
1.1.3	<u>Intervenções psicológicas para favorecimento do enfrentamento do câncer em crianças</u>	27
1.2	Possibilidades da prática de <i>mindfulness</i> na promoção do enfrentamento e do bem-estar de crianças com câncer	37
1.2.1	<u>A noção de <i>mindfulness</i> e seu uso em intervenções terapêuticas</u>	37
1.2.2	<u>Investigações e evidências sobre os benefícios da prática de <i>mindfulness</i></u>	41
1.2.3	<u>Programas de intervenção envolvendo a prática de <i>mindfulness</i> em crianças e em pacientes com câncer</u>	46
2	JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	51
2.1	Justificativa	51
2.2	Objetivo geral	52
2.3	Objetivos específicos	53
3	MÉTODO	54
3.1	Participantes	54
3.2	Instrumentos	54
3.2.1	<u>Formulário de identificação (Apêndice A)</u>	54
3.2.2	<u>Dados sociodemográficos e de internação (Apêndice B)</u>	55
3.2.3	<u>Formulário de registro das sessões (Apêndice C)</u>	55
3.2.4	<u>Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH) (Apêndice D)</u>	55
3.3	Programa	55
3.4	Entrevista	57
3.4.1	<u>Parte 1: Enfrentamento e regulação da ansiedade</u>	57
3.4.2	<u>Parte 2: Enfrentamento e manejo da dor</u>	58

3.4.3	<u>Parte 3: Enfrentamento e manejo dos pensamentos e emoções</u>	58
3.5	Delineamento e procedimentos	59
3.5.1	<u>Delineamento do estudo</u>	59
3.5.2	<u>Realização do estudo</u>	59
3.5.2.1	Estudos-pilotos	60
3.5.2.2	Estudo: etapa inicial, implementação do programa e etapa final	61
3.5.3	<u>Análise de dados</u>	62
3.5.4	<u>Procedimentos éticos</u>	64
4	RESULTADOS	66
4.1	Caso 1	67
4.1.1	<u>Caracterização do caso</u>	67
4.1.2	<u>Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos</u>	67
4.1.2.1	Aspectos facilitadores do programa	67
4.1.2.2	Aspectos desafiadores do programa	70
4.1.2.3	Importância do aspecto lúdico.....	71
4.2	Caso 2	73
4.2.1	<u>Caracterização do caso</u>	73
4.2.2	<u>Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos</u>	74
4.2.2.1	Aspectos facilitadores do programa	74
4.2.2.2	Aspectos desafiadores do programa	76
4.2.2.3	Importância do aspecto lúdico.....	78
4.3	Caso 3	79
4.3.1	<u>Caracterização do caso</u>	79
4.3.2	<u>Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos</u>	80
4.3.2.1	Aspectos facilitadores do programa	80
4.3.2.2	Aspectos desafiadores do programa	82
4.3.2.3	Importância do aspecto lúdico.....	83
4.4	Caso 4	84
4.4.1	<u>Caracterização do caso</u>	84
4.4.2	<u>Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos</u>	85
4.4.2.1	Aspectos facilitadores do programa	85
4.4.2.2	Aspectos desafiadores do PECE-MIND.....	87
4.4.2.3	Importância do aspecto lúdico.....	88
5	DISCUSSÃO	90

5.1	Síntese dos aspectos facilitadores do programa.....	90
5.2	Síntese dos aspectos desafiadores do programa	92
5.3	Síntese da importância do aspecto lúdico.....	94
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – Formulário de dados de identificação.....	115
	APÊNDICE B - Questionário de dados sociodemográficos e de internação.....	116
	APÊNDICE C - Formulário de registro das sessões.....	118
	APÊNDICE D - AEH – Avaliação do enfrentamento da hospitalização.....	122
	APÊNDICE E - Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento (PECI-MIND).....	124
	APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido	141
	APÊNDICE G - Termo de assentimento livre e esclarecido	146
	APÊNDICE H - Extrato da revisão bibliográfica	148

APRESENTAÇÃO

O tema que me proponho a estudar está diretamente vinculado à minha prática profissional. Trata-se de estratégias de enfrentamento do câncer e do seu tratamento por crianças no contexto do tratamento oncológico.

Trabalho como psicóloga no setor de Hematologia Infantil do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Rio de Janeiro. Atuo tanto no ambulatório, através de consultas agendadas para a Psicologia, quanto na enfermaria, indo diretamente ao leito de pacientes internados. Acompanho de perto, através de conversas e atividades lúdicas com as crianças em tratamento, o processo de enfrentamento da doença, desde o momento da descoberta/diagnóstico, passando pelo início do tratamento, pelo surgimento das intercorrências, de possíveis recaídas, até o fim do tratamento, seja pela cura ou pela falta de possibilidade da mesma.

É um tratamento, em geral, extenso (aproximadamente dois anos) e intenso (com constantes internações, procedimentos dolorosos, reações adversas a medicações, etc.). Para cada paciente, percebo modos diferentes de reagir ao diagnóstico e tratamento e modos diferentes de enfrentamento da situação de estar com câncer e suas circunstâncias, e observo as consequências que estes modos produzem no estado emocional das crianças com essa enfermidade. Fica evidente a importância dos diferentes recursos utilizados pelos que ali estão em tratamento para o enfrentamento da doença e manejo das suas emoções diante da situação que vivem. Por outro lado, fico me perguntando sobre meu papel ali e qual a melhor forma de poder ajudá-los a potencializar este enfrentamento e assim poderem lidar de forma um pouco melhor com um tratamento e doença que podem ser de muitos modos algo pesado para crianças ainda tão jovens carregarem.

Segundo a *Estimativa 2020 - Incidências de Câncer no Brasil* (Ministério da Saúde, 2020), estavam previstos no país, para 2020, cerca de 4.310 casos novos de câncer em crianças e adolescentes do sexo masculino e de 4.150 casos para o sexo feminino, o que reforça a relevância de iniciativas para um melhor enfrentamento à doença. É uma população numerosa e é preciso que se desenvolva um cuidado integral a essas crianças, bem como aos seus familiares. É mandatório que se pense na qualidade de vida das crianças durante e após seu tratamento.

O enfrentamento é um processo complexo, estudado por diversos autores e com base em diferentes perspectivas. Um dos focos de estudos sobre enfrentamento é o das práticas de intervenção possíveis para o favorecimento desse processo. Algumas propostas de intervenção foram construídas e avaliadas. Uma das possibilidades de intervenção é através do emprego de

práticas de *mindfulness*. Estas práticas enfatizam a observação da experiência interna sem distorções afetivas, cognitivas ou fisiológicas. A partir do foco da atenção em um estímulo neutro (a respiração, por exemplo), a pessoa pode observar os pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem, aceitando-as e não fazendo julgamentos. Ao observar pensamentos e emoções a partir desta perspectiva, uma maior clareza de percepção mental pode ser alcançada, com conseqüente redução da ansiedade e maior capacidade de regulação emocional. Embora estas práticas possuam sua origem na cultura oriental e na religião budista, pesquisadores e clínicos ocidentais introduziram intervenções baseadas em *mindfulness* (IBAPs) em programas de tratamento de saúde mental e, em sua maior parte, ensinam e exercitam a aquisição das habilidades envolvidas independentemente de suas origens religiosas e culturais (Baer, 2003). Esses programas, no entanto, ainda são pouco difundidos, especialmente no contexto do tratamento oncológico, e ainda mais no contexto do tratamento oncológico infantil.

Conclui-se, portanto, que a produção de conhecimento acerca de diferentes estratégias de enfrentamento e seus resultados no contexto do tratamento oncológico proporciona às crianças e às pessoas que estão diretamente em contato com elas (equipe de saúde, pais, professores e outros profissionais envolvidos) a possibilidade de escolhas de modo mais objetivo e de uma atuação mais efetiva neste processo. Muito embora práticas de *mindfulness* sejam muito pouco usadas e estudadas no âmbito do tratamento oncológico infantil, estas práticas podem se afigurar como uma boa alternativa no que diz respeito a um melhor processo de enfrentamento para crianças com essa doença. Podem favorecer a aceitação e a percepção da impermanência de todas as coisas e com isto auxiliar a lidar com a falta de controle, com o sentimento de incerteza e com as mudanças constantes, que são aspectos muito difíceis para um processo de enfrentamento à doença e seu tratamento. Além disso, tais práticas podem atenuar a ansiedade, frequentemente sentida durante a realização de procedimentos dolorosos inerentes ao tratamento do câncer e, principalmente, a ansiedade à realização de tais procedimentos, que ocorre frequentemente nas crianças em tratamento.

A fundamentação teórica que embasa essa tese está explicitada em um primeiro capítulo intitulado *Enfrentamento do câncer por crianças* e em um segundo intitulado *Possibilidades da prática de mindfulness na promoção do enfrentamento e do bem-estar de crianças com câncer*. O primeiro capítulo busca caracterizar a vivência do câncer infantil, definir o conceito de enfrentamento e apresentar estudos sobre o enfrentamento de crianças com câncer, destacando os estudos que focaram intervenções psicológicas para o favorecimento do enfrentamento do câncer em crianças. O segundo capítulo trata da noção de *mindfulness*, do

uso desta prática em intervenções terapêuticas e dos benefícios trazidos por esta e, também, mais especificamente, do uso da prática de *mindfulness* em programas de intervenção envolvendo crianças e em pacientes com câncer.

Segue-se à fundamentação teórica, a apresentação da justificativa e objetivos, geral e específicos, do estudo. Após esta apresentação, é trazido o método do estudo, com a descrição dos participantes, instrumentos, programa, entrevista e, por fim, o delineamento e procedimentos do estudo. Os dois capítulos adiante tratam, separadamente, dos resultados observados e da discussão sobre os mesmos à luz da fundamentação teórica. Algumas considerações finais compõem o capítulo de encerramento dessa tese.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Enfrentamento do câncer por crianças

1.1.1 Câncer infantil: breve caracterização e repercussões na vida da criança

1.1.1.1 Breve caracterização, fases da doença e opções principais de tratamento

O câncer ou neoplasia maligna é uma doença provocada pela multiplicação desordenada de células que dão origem a tumores ou substituem as células normais de um ou mais órgãos, prejudicando suas funções. Essas células podem ainda migrar para outros locais por meio do sistema linfático e do sangue, podendo dar origem a tumores secundários (metástases), distantes do tumor original. O câncer infantil parece ser provocado não por um, mas por múltiplos fatores endógenos e exógenos. Geralmente, existe a combinação de uma mutação genética com algum fator ambiental desencadeante (radiações ionizantes, raios-X, radioterapia etc.) (Ministério da Saúde, 2020).

Devido à dificuldade de identificação de uma causa precisa para o câncer, muitas fantasias em torno de sua etiologia são criadas, muitas vezes causando sofrimento adicional para pais e crianças com a doença. É comum associações da doença com julgamentos ou ideias relacionadas a aspectos morais, religiosos ou causas psicológicas, como por exemplo, dizer que o câncer é uma punição divina ou que é fruto de mágoas guardadas. Noções como estas podem gerar culpa na criança ou nos pais, que passam a imaginar que de alguma forma provocaram a doença.

A palavra *câncer* engloba mais de duzentas enfermidades diferentes, cada uma com um tipo de evolução, tratamento e prognóstico. Os tumores do sistema nervoso central (SNS) (22,1%) e as leucemias (28%) são os tipos mais frequentes e responsáveis por quase 50% de todos os casos diagnosticados na infância e adolescência. Entre as leucemias, merecem destaque os dois principais grupos: a leucemia linfóide aguda (LLA) (23%) e a leucemia mieloide aguda (5%) (Ministério da Saúde, 2020).

A neoplasia infantil teve evolução no tratamento durante as últimas décadas e hoje tem grande possibilidade de cura, devido ao fato deste ser mais sensível aos métodos de intervenção utilizados (Dias, Silva, Freire, & Andrade, 2013). Lopez-Ibor (2009) fala sobre a necessidade de não se buscar apenas a cura no caso do tratamento do câncer e, principalmente, de não se buscar a cura a qualquer preço. É preciso pensar na qualidade de vida futura do paciente, em

termos físicos, sociais e emocionais, pois, como veremos mais adiante, muitas vezes o tratamento é muito intenso e deixa sequelas significativas.

Com o diagnóstico de câncer a rotina da criança se modifica, pois precisa se adaptar à sua nova realidade. Sentimentos como medo, angústia, ansiedade, tristeza, dor, saudades de sua família, dos amigos e da escola, passam a existir, independentemente da idade da criança. Durante o processo de tratamento, a criança passa por diversos procedimentos como exames e internações hospitalares prolongadas, que, por vezes, limitam os movimentos e atividades, como o brincar (Hostert, Enumo, & Loss, 2014).

O tratamento contra o câncer infantil demanda um tempo considerável de hospitalização, em que a criança acaba sendo submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, como é o caso da quimioterapia e seus efeitos colaterais. Além disto, o tratamento desencadeia prejuízos físicos, emocionais e sociais que poderão deixar marcas que a acompanharão para o resto de sua vida (Castro et al., 2010).

O processo de hospitalização na infância é considerado como uma situação extremamente traumática, podendo desencadear sentimentos diversos, como angústia, ansiedade e medo diante de uma situação desconhecida ou ameaçadora. Pode ainda provocar alterações no relacionamento social e familiar da criança, comprometendo seu processo de interação com as pessoas e o meio em geral. Além disso, a criança se depara com situações que antes não faziam parte de sua rotina, como o convívio com pessoas que não lhe eram familiares, ou ainda o cumprimento de regras e horários, necessidade de injeções e outros tipos de medicações, luzes acesas dia e noite, sons de aparelhos, tornando a hospitalização uma experiência que pode ser tremendamente apavorante para ela (Castro et al., 2010).

O câncer acarreta, frequentemente, uma grande mudança na imagem corporal - emagrecimento intenso ou obesidade devido ao corticosteroide, alopecia (itens transitórios) e mutilações definitivas, como enucleação ocular e amputação de algum membro (Dias, Silva, Freire, & Andrade, 2013). A par dos avanços na área da saúde que têm permitido índices elevados de cura para a doença, há também os casos de câncer que são incuráveis.

Os tumores infantis são, comparativamente aos tumores de adultos, em geral, mais sensíveis à quimioterapia, o que torna este o tratamento de escolha. No caso das leucemias e linfomas, esta é frequentemente a única possibilidade de tratamento. Já no caso dos tumores sólidos, a quimioterapia pode ser o tratamento inicial, sendo seguida de uma intervenção cirúrgica. A radioterapia tem sido cada vez menos usada em crianças, pois tem ação prejudicial em organismos em crescimento e desenvolvimento (Andrea, 2008).

A quimioterapia consiste no emprego de medicações que destroem as células cancerosas. O tratamento quimioterápico pode durar desde meses até anos, e as medicações podem ser ministradas por via oral ou venosa. A frequência de sua aplicação varia de acordo com o tipo de câncer, podendo ocorrer em dias seguidos, alternados, em intervalos semanais, quinzenais ou até anuais. A quimioterapia costuma causar apatia, perda de apetite, queda de cabelo temporária, diminuição da imunidade, hematomas, sangramento nasal, edemas, aftas, náuseas, vômitos e diarreia (Campos, 2017).

A cirurgia é o método mais antigo utilizado nos tratamentos oncológicos e consiste em extrair o tumor e os tecidos próximos a ele. Um efeito colateral imediato deste procedimento é a dor, que geralmente é controlada por analgésicos. Além disto, dependendo da extensão cirúrgica, pode haver perda de membros ou órgãos, com a necessidade de uma reabilitação à nova realidade.

A radioterapia é a utilização de radiações produzidas por uma máquina, em local do corpo delimitado pelo radioterapeuta. Alguns efeitos colaterais podem surgir com a radioterapia, tais como: alterações cutâneas no local da irradiação (hipersensibilidade, descamação, prurido, edema), queda de cabelo, modificação do paladar, aftas e alterações digestivas, como diarreia e perda de apetite (Andrea, 2008).

Segundo Perina, Mastellaro e Nucci (2008), a ação dos quimioterápicos é dependente do ciclo celular, de modo que a toxicidade aguda ocorre nos tecidos de alta proliferação, como os da medula óssea, mucosa do trato gastrointestinal, testículos, epiderme e fígado. Já as células que não se multiplicam, ou se dividem lentamente, como é o caso de neurônios, músculos e tecido conjuntivo, são menos suscetíveis à toxicidade aguda, porém, podem sofrer alterações crônicas ou permanentes. Alguns dos efeitos tardios que podem atingir crianças acometidas por câncer são: deficiência de crescimento e desenvolvimento; infertilidade; disfunções miocárdicas, endócrinas e neurológicas. À radioterapia estão associados riscos em longo prazo de baixa estatura final, obesidade, puberdade precoce ou atrasada, dificuldades cognitivas e alopecia permanente. Já as intervenções cirúrgicas podem deixar, em longo prazo, cicatrizes ou mutilações.

Além da quimioterapia, da intervenção cirúrgica e da radioterapia, outros possíveis tratamentos são a imunoterapia, que fortalece o sistema imunológico da pessoa; a braquiterapia, que é uma espécie de radioterapia interna, pois a fonte radioativa é inserida no organismo em cápsulas com doses de radiação pequenas; o transplante de medula óssea, recomendado quando algum tipo de câncer, como por exemplo, a leucemia mieloide aguda, não responde bem às terapias convencionais (Andrea, 2008).

O tratamento do câncer pode ser feito, na maior parte do tempo, de forma ambulatorial, isto é, sem que a criança fique hospitalizada. Isso significa que ela pode preservar parte de sua rotina doméstica e escolar. As internações no hospital ocorrem quando acontecem infecções, quando há necessidade de cirurgia ou de um tratamento mais agressivo, ou ainda quando o estado da criança se agrava (Dias et al., 2013).

Vivências de dor, de separação de pessoas e coisas amadas, mudança de rotina, invasões de privacidade e restrição de liberdade são alguns dos muitos desafios aos recursos cognitivos e socioemocionais da criança trazidos pela doença. Durante o tratamento, a criança precisa se ausentar, por vezes, da escola, se afastar dos amigos e de suas atividades de lazer, seja devido a restrições físicas causadas pela doença ou cuidados médicos, seja devido à falta de tempo por estar longo período realizando tratamentos ou exames no hospital.

Segundo Bernardes-da-Rosa (2003), há a possibilidade de ocorrerem problemas psicológicos futuros para essas crianças, como baixa autonomia e autoestima, e dificuldades de interação com os pares, além da tendência à vitimização como forma de subverter regras. Os transtornos afetivos e de comportamento das crianças com câncer acontecem durante o tratamento, um pouco depois dele e, muitas vezes, muitos anos após este já ter terminado (Binnebesel, 2011). Há, portanto, uma maior vulnerabilidade para problemas comportamentais em crianças portadoras de doenças crônicas, além da presença de déficits de competência social e emocional, embora não cognitivos.

Deve ser ressaltado ainda que há evidências de que o sofrimento da criança e do adolescente atinge várias dimensões (social, afetiva, espiritual, etc.), não se concentrando apenas na dimensão física (Binnebesel, 2011). Cada dimensão afeta a outra, de modo articulado, já que são mutuamente dependentes.

1.1.1.2 O câncer em crianças na terceira infância

O período do desenvolvimento do ciclo vital entre sete e nove anos, a faixa etária foco de interesse desse trabalho, faz parte do que alguns autores designam como terceira infância (Papalia, Olds, & Feldman, 2009). É a fase da infância marcada, em vários contextos socioculturais, pelo início da fase escolar, estando incluída, no sistema escolar do Brasil, na etapa designada por primeiro segmento do Ensino Fundamental. Neste período de desenvolvimento, ocorre uma diminuição do crescimento físico, juntamente com o aperfeiçoamento da força e das habilidades físicas. Ao mesmo tempo, as crianças passam a pensar com lógica e sua capacidade de memória aumenta juntamente com as habilidades de

linguagem. Pelo incremento nas habilidades cognitivas e processos de aprendizagem, as crianças melhoram a capacidade de tirar proveito da educação formal (Mitre & Gomes, 2004). O ingresso nesta fase, possibilitará o avanço de capacidades decorrentes da aquisição da leitura e escrita (alfabetização), e conhecimentos de aritmética, além de aprimorarem habilidades ligadas a uma convivência social mais ampla. A partir de então, a rotina de vida da criança, boa parte de seus relacionamentos sociais e as atividades do cotidiano ficam vinculados ao ambiente da escola que passa a ser, se já não o era antes, um dos principais contextos de seu desenvolvimento (Facci, 2004). A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima e os amigos assumem uma importância fundamental em sua vida.

Na escola, a criança tem regras a cumprir, atividades a executar, sentindo-se cada vez mais responsável e com mais tarefas importantes a realizar. Nessa etapa do ensino escolar, o aluno é introduzido nas atividades de estudo mais formal, de modo que se aproprie dos conhecimentos científicos, ocorrendo a assimilação de novos conteúdos e informações. Sobre a base dos estudos, surgem a consciência e o pensamento teórico e desenvolvem-se outras capacidades, como as de reflexão, análise e planificação mental (Facci, 2004).

Com relação ao desenvolvimento emocional, segundo Eisenberg, Hofer, Sulik, & Spinrad (2014), parece haver um aumento adicional no uso de estratégias internas de regulação emocional nos anos escolares. Este aspecto do desenvolvimento é particularmente relevante para esta tese por estar fortemente atrelado à capacidade de enfrentamento. Ainda segundo Eisenberg et al. (2014), indivíduos com boa regulação emocional apresentam maior resiliência e melhor condição de lidar com o estresse porque normalmente regulam seu comportamento de uma maneira direcionada por objetivos, e podem ser mais espontâneos e flexíveis.

A regulação emocional é um dos aspectos da competência emocional, que se articula à experiência e expressão emocional e à compreensão das emoções próprias e dos outros. A regulação emocional ocorre quando a experiência emocional é considerada excessiva ou restrita para si próprio, ou quando a sua expressão é excessiva ou restrita para se adequar às expectativas dos outros e do ambiente social. O indivíduo tem, então, a capacidade de usar recursos cognitivos, fisiológicos e/ou estratégias comportamentais para amortecer ou amplificar a experiência emocional interna e/ou expressão emocional externa (Denhan, Basset, & Wyatt, 2015).

As crianças começam a regular suas próprias emoções e comportamentos relacionados às emoções nos primeiros anos de vida, e há incremento substantivo nas habilidades de regulação ao longo da infância e adolescência (Denhan et al., 2015). Ao nascer, as crianças dependem quase que completamente de seus cuidadores para o manejo emocional e sua

regulação emocional é principalmente externa (Cracco, Goossens, & Braet, 2017). Cuidadores são responsáveis por apoiá-las de modo a identificarem emoções e por ajudá-las no estabelecimento de estratégias para melhor regulá-las. Ainda assim, segundo Eisenberg et al. (2014), até mesmo crianças pequenas demonstraram capacidade de modular emoções, como sua aflição, usando uma variedade de métodos.

Avanços no desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor e da linguagem que ocorrem entre dois e cinco anos de idade, permitindo o reconhecimento básico das emoções e aumento das interações sociais, contribuem para a emergência de modelos mais sofisticados, diversificados e bem-sucedidos de autorregulação e habilidades de funções executivas, de tal forma que muitas crianças são relativamente hábeis em gerenciar impulsos por volta dos quatro e cinco anos de idade (Eisenberg et al., 2014). Aos seis anos, as crianças são capazes de entender a diferença entre emoções experimentadas e imaginadas e desenvolver estratégias melhores para regular suas emoções, o que aos sete anos, idade inicial das crianças participantes do programa objeto desta tese, configura uma condição de desenvolvimento já estabelecida.

Segundo Frost, Wortham e Reifel (2011), é em torno dos dois aos seis anos de idade, que as crianças têm um maior desenvolvimento socioemocional por meio das brincadeiras. Nesta idade, elas desenvolvem a habilidade de entender e responder aos sentimentos dos outros, sendo capazes de consolar as pessoas ao seu redor e entender as suas emoções bem como as causas dessas emoções.

Ainda segundo esses autores, no ambiente escolar, a brincadeira social ganha uma importância maior. As crianças desenvolvem uma “cultura de pares”, na qual a relação com crianças da mesma idade torna-se tão importante para o desenvolvimento social quanto a relação familiar. A competência social emerge do aprendizado das crianças ao lidarem com as suas amizades e interações sociais durante as brincadeiras de grupo. Esse desenvolvimento social é o que as permite ter relações duradouras com seus pares.

Frost et al. (2011) explicam que é nessa idade que as habilidades cognitivas das crianças permitem o desenvolvimento moral e a *tomada de perspectiva* em relação a outros indivíduos. Na idade escolar, dos seis aos doze anos, as crianças são mais empáticas e mais capazes de reconhecer as emoções dos outros. Quando as crianças interagem umas com as outras, elas são capazes de compreender e levar em consideração o que os outros pensam e sentem, o que afeta sua relação em situações sociais. As crianças em idade escolar também recorrem ao apoio social quando se deparam com uma experiência ou situação emocional que ainda lhes traga dificuldade (Cracco et al., 2017).

O surgimento da doença nesta fase de desenvolvimento remove, portanto, a criança do seu principal ambiente de convívio social e de formação escolar. Com isto, o laço maior com os pares da mesma idade é prejudicado, o que, em conjunto com uma diminuição da capacidade física e aumento de temores, ambos ocasionados pela doença e tratamento, poderá retardar a conquista de autonomia pela criança, importante nesta fase, tornando-a mais dependente dos seus pais e receosa de se afastar destes. A doença poderá afetar, ainda, a autoestima da criança, fazendo-a sentir-se inadequada ou pouco competente. Além disso, viver com a doença nesta fase é viver com algo de que já se possui uma maior compreensão e que causa mais questionamentos. A doença traz também conflitos emocionais mais complexos do que aqueles com que crianças nesta fase do desenvolvimento costumam lidar e que terão de ser solucionados, desafiando a capacidade de regulação emocional que está sendo conquistada pelas crianças.

Da parte dos profissionais de saúde, o modo de realização de procedimentos e intervenções com crianças nessa faixa etária deve levar em conta seu nível de desenvolvimento. Souza e Rosetto (2005) destacam que os profissionais precisam se preocupar em usar uma terminologia adequada à idade da criança na explicação do procedimento a que será submetida, fazendo uso de diagramas simples de anatomia e fisiologia, quando possível. Os autores aconselham também que se permita a manipulação de equipamentos pela criança, utilize-se bonecos ou pessoas como modelos, e que também se abra espaço para questionamentos antes e depois do procedimento. Para crianças na chamada terceira infância, é favorável também a preparação para os procedimentos com antecedência, de modo a obter a cooperação da criança, explicando o que se espera dela e sugerindo meios dela manter o controle (respiração profunda, relaxamento, apertar a mão, etc.), podendo atribuir-lhe funções de responsabilidade por tarefas simples como segurar algodão com álcool, segurar a compressa e retirar o esparadrapo. Medidas como as citadas contribuem para que a criança se sinta como um elemento ativo no processo. Incluí-la na tomada de decisão, se possível (local e hora do dia para o procedimento), e proporcionar privacidade durante o procedimento também a ajudam a manter sua autoestima (Souza & Rosetto, 2005).

1.1.2 Enfrentamento do câncer infantil: concepções e estratégias favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento saudável

Embora haja numerosos relatos de muito sofrimento emocional e problemas psicológicos nas crianças com câncer, tem sido observado também que, por outro lado, nem sempre estas crianças irão apresentar distúrbios psíquicos e em determinados casos podem até ver-se em uma melhor condição após a doença. Brown, Pikler, Lavish e Keune (2008) entrevistaram onze jovens norte-americanos sobreviventes de leucemia na infância e que relataram que a doença trouxe para suas vidas diversos aspectos positivos, tais como uma apreciação mais profunda da vida, uma visão mais positiva sobre as coisas, uma vivência mais baseada no momento presente e uma capacidade de deixar mais facilmente de lado as preocupações. Uma reação deste tipo pode ser entendida a partir da noção de resiliência, assumida aqui como a capacidade de superação de situações adversas, que conseguem ser transformadas em estímulo para o desenvolvimento biopsicossocial (Gonzalez-Arratia, Nieto, & Valdez, 2011).

Para que haja resiliência é preciso que haja estratégias de enfrentamento adaptativas. Lazarus e Folkman (1984) foram os primeiros a formalizar uma teoria do enfrentamento ou *coping* e definem estratégias de enfrentamento como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Kohlsdorf e Costa Júnior (2008) caracterizam tais circunstâncias adversas como algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente, como uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais do momento. O importante não é a situação em si, mas sim como é percebida e interpretada pelo indivíduo. O enfrentamento inclui processos cognitivos e emocionais e respostas comportamentais.

Lazarus e Folkman (1984) propõem um modelo de enfrentamento, que até hoje é o mais utilizado na literatura, dividido em duas categorias funcionais. A primeira categoria é o enfrentamento com foco no problema, onde se procura manejar ou modificar a situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. Neste tipo de enfrentamento, utilizam-se, em geral, estratégias ativas como solução de problemas e planejamento. A segunda categoria é o enfrentamento com foco na emoção, em que se busca uma regulação da resposta emocional provocada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, incluindo estratégias tais como o apoio social e o reforço positivo.

Roth e Cohen (1986) propõem um segundo modelo em que falam de enfrentamento orientado para o afastamento e enfrentamento orientado para a aproximação em relação ao estressor. O enfrentamento orientado para o afastamento pressupõe distanciar-se da experiência, das emoções e do pensamento sobre a situação estressante. Ao contrário, o

enfrentamento orientado para a aproximação é direcionado para lidar com o problema e as emoções relacionadas a este.

Na visão de alguns autores (Roesch et al., 2005), os dois modelos acima podem ser mesclados. Desse modo, reforço positivo e autocontrole (estratégias de enfrentamento focadas na emoção) e planejamento de solução de problemas e busca por informações (estratégias de enfrentamento focadas no problema), por exemplo, podem ser vistas como estratégias de enfrentamento orientadas para a aproximação, enquanto estratégias como a intensificação de práticas religiosas e a negação (estratégias de enfrentamento focadas na emoção) podem ser vistas como estratégias de enfrentamento orientadas para o afastamento.

Um terceiro modelo teórico de enfrentamento é particularmente importante no que se refere a crianças e adolescentes. Este modelo, proposto por Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen e Saltzman (2000), é baseado na teoria de Rothbaum, Weisz e Snyder (1982) a respeito do controle percebido pela criança ou adolescente, isto é, a capacidade de alcançar um resultado desejado. Neste modelo, existem três tipos de enfrentamento: enfrentamento de controle primário, enfrentamento de controle secundário e enfrentamento desengajado.

O enfrentamento de controle primário inclui estratégias com objetivo de modificar diretamente a fonte do estresse (por exemplo, a resolução de problemas) ou as reações emocionais a um estressor (como a expressão emocional e modulação emocional). O enfrentamento de controle secundário compreende os esforços para se adaptar ao estresse (como a reestruturação cognitiva, pensamento positivo e aceitação). Por fim, o enfrentamento desengajado inclui esforços para se afastar ou evitar as fontes do estresse ou suas reações emocionais (evitação, negação, pensamento mágico, por exemplo).

Este modelo já foi usado e avaliado positivamente em estudos que contaram com grupos de participantes culturalmente diversos de crianças e adolescentes enfrentando diferentes tipos de estressores, incluindo os relacionados a doenças (Benson et al., 2011; Compas et al., 2006; Yao et al., 2010). Além disso, foram encontradas associações significativas entre o uso de um destes três tipos de enfrentamento e o maior ou menor estresse emocional em 30 crianças e adolescentes ingleses com idade entre 10 e 16 anos enfrentando condições patológicas severas como diabetes, que apresentaram menor estresse emocional com o uso de estratégias de controle primário ou secundário e maior estresse com o uso do enfrentamento desengajado (Jaser & White, 2011) e 44 crianças e adolescentes ingleses com idade entre oito e 16 anos com dor crônica, que tiveram menor ansiedade com uso de estratégias de controle secundário (Hocking et al., 2011). Esse tipo de associação não foi encontrado com as categorias de enfrentamento

desenhadas nos modelos de Lazarus e Folkman (1984) e Roth e Cohen (1986), segundo Aldridge e Roesch (2007), que examinaram 26 estudos voltados para a identificação de associações entre enfrentamento e estresse emocional.

Ainda que os autores mencionados tenham realizado um esforço teórico no sentido da definição de categorizações como forma de entender melhor a questão do enfrentamento, pode-se afirmar que as estratégias de enfrentamento são extremamente variadas. Segundo Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as principais estratégias de enfrentamento existentes, independentemente de modelos teóricos, são: solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negação, oposição e delegação. Em crianças, as estratégias mais frequentemente encontradas são: busca por suporte (através, por exemplo, das atitudes de conversar ou rezar), solução de problemas (através, por exemplo, das atitudes de tomar remédio ou de amenizar os efeitos colaterais e dor causados pela quimioterapia), esquiva (através, por exemplo, das atitudes de chorar, ficar triste ou ruminar) e distração (Moraes & Enumo, 2008; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Sposito et al., 2015).

A estratégia de enfrentamento que foi focada para o programa de intervenção que compõem essa tese foi a da regulação emocional, que pode ser considerada como uma estratégia de controle secundário (modelo de Connor-Smith et al., 2000), de aproximação ao estressor (modelo de Ruth & Cohen, 1986) e de foco na emoção (modelo de Lazarus & Folkman, 1984). Embora não se configure como uma das comumente encontradas nas crianças, levou-se em conta, como visto em seção anterior deste capítulo, que o desenvolvimento da regulação emocional começa desde cedo e vai se aprimorando ao longo da ontogênese, com conquistas expressivas na faixa etária aqui contemplada. É possível, portanto, investir nesse tipo de estratégia, que favorece mais a redução do estresse do que estratégias como a esquiva e a distração (enfrentamento desengajado), que são bastante frequentes em crianças.

Durante o tratamento oncológico, a criança poderá valer-se de diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de estresse causada pela doença, sendo que algumas dessas estratégias serão adaptativas e outras não (Aldridge & Roesch 2007; Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011; Van Dijk, Grootenhuis, Imhof, Cohen-Kettenis, Moll, & Huisman, 2009; Wu, Chin, Chen, Lai, & Tseng, 2011; Wu, Sheen, Shu, Chang, & Hsiao, 2013). Para Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as doze categorias de enfrentamento mencionadas anteriormente são "adaptativas". Lumma, Kok e Singer (2015) assinalam que todas podem ser adaptativas para algumas circunstâncias pontuais. No entanto, esses comportamentos nem sempre seriam bem-sucedidos ou mesmo adaptativos a longo prazo. As autoras dão o exemplo das lágrimas e

autopiedade (aspectos da delegação) que podem ser adaptativos no cumprimento de metas em alguns contextos estressantes (como obter o que a criança quer de um pai), mas que podem agravar o estresse em outras situações. De fato, várias das estratégias de enfrentamento identificadas e avaliadas em estudos podem ser muitas vezes inadequadas para aliviar o estresse em alguns contextos. Lumma et al. (2015) pontuam ainda que alguns comportamentos que são codificados como enfrentamento, tais como agressão e ruminação, nem deveriam receber esta designação, pois podem refletir, na verdade, uma falta de regulação.

Se a agressão for usada para atingir um objetivo, isso pode envolver regulação. No entanto, a agressão pode refletir principalmente a impulsividade (isto é, a reatividade) quando é evocada de forma irrefletiva, por frustração, raiva ou alguma outra emoção. Há, portanto, desacordo sobre se esses comportamentos são instâncias de regulação ou enfrentamento, representando reatividade emocional e comportamental involuntária (Compas et al., 2006), ou se sinalizam falhas na regulação ou no enfrentamento. É possível que o significado de tais respostas também mude com a idade. Por exemplo, alguns desses comportamentos podem ser mais voluntários e intencionais em determinadas idades do que outros.

Lumma et al. (2015) destacam a importância de se considerar a flexibilidade dos comportamentos de enfrentamento ao pensar sobre seu valor e sobre como classificá-los. Por exemplo, a estratégia e o planejamento, bem como a regulação comportamental (as habilidades para inibir ou ativar voluntariamente o comportamento), provavelmente serão meios relativamente flexíveis de enfrentamento, e talvez se tornem ainda mais, com consequente melhoria dessas habilidades em crianças maiores. Em contraste, a ruminação, perseverança rígida e pensamentos intrusivos (aspectos de submissão na categorização de Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007); confusão, interferência cognitiva e exaustão cognitiva (aspectos de desamparo) e lágrimas ou autopiedade (aspectos da delegação) são provavelmente menos flexíveis (Lumma et al., 2015).

Diversos estudos com crianças com câncer indicaram que o uso de estratégias de enfrentamento (por exemplo, resolução de problemas, busca por apoio e otimismo) contribuiu para o ajustamento psicossocial (resiliência) e redução na percepção do estresse e da dor (Aldridge & Roesch, 2007; Harper, Penner, Peterson, Albrecht, & Taub, 2012; Maurice-Stam, Grootenhuis, Caron, & Last, 2006; Maurice-Stam, Grootenhuis, Brons, Caron, & Last, 2007; Wu et al., 2013).

Foi encontrado benefício significativo de estratégias de enfrentamento de controle primário em crianças e adolescentes com relação à diminuição da ansiedade e da depressão e aumento da qualidade de vida (Maurice-Stam, Last, & Grootenhuis, 2009; Miller et al., 2009;

Robinson et al., 2014). Com relação às estratégias de controle secundário, a maioria dos estudos também encontrou benefícios significativos deste tipo de estratégia para a redução da ansiedade e da depressão (Bisignano & Bush, 2006; Compas et al., 2014; Miller et al., 2009). A atitude de esperança, otimismo e bom humor também foi correlacionada com maior qualidade de vida em crianças com câncer (German et al., 2015; Maurice-Stam et al., 2009, Ruccione, Lu, & Meeske, 2013). Já a ausência de um espírito de luta logo após o diagnóstico foi associada com a ausência de boa autoestima e de bons relacionamentos em 32 adolescentes (13 a 19 anos) suecos que foram entrevistados em estudo (Engvall et al., 2011). O baixo nível de otimismo também foi associado a um maior estresse psicológico verificado em 164 alemães adultos sobreviventes de câncer infantil (Wenninger et al., 2013).

Com relação às estratégias de enfrentamento desfavoráveis, o uso de estratégias de enfrentamento orientadas para o afastamento (pensamento mágico, comportamentos de evitação ou isolamento) foi associado a uma aderência ruim ao tratamento e baixa qualidade de vida em longo prazo (Earle & Eiser, 2007; Lima, Barros, & Enumo, 2014; Rodgers et al., 2012; Van Dijk et al., 2009; Wu et al., 2013). Smorti (2012) destaca, no entanto, através de estudo com 32 adolescentes com câncer na Itália, uma associação entre a atitude de evitação e uma boa expectativa com relação ao futuro. Esta expectativa pode, no entanto, não ser realista. Szalda, Brumley, Danielson e Schwartz (2013) encontraram associação também entre o enfrentamento baseado na evitação e maior uso de drogas (cigarro, álcool e outras drogas) em 103 adolescentes norte-americanos com câncer, que, como um todo, tiveram menor consumo de drogas que adolescentes do grupo controle. Note-se que estes dois últimos estudos foram realizados apenas com adolescentes, portanto fora da faixa etária foco dessa tese. O enfrentamento desengajado também teve uma associação significativa com níveis de ansiedade e depressão mais altos em crianças e adolescentes com câncer nos EUA (Compas et al., 2014; Miller et al., 2009; Robinson et al., 2014). Estes estudos mostraram como as estratégias de enfrentamento podem incentivar ou não um modo mais favorável de viver a experiência da doença.

Outra estratégia de enfrentamento importante é o suporte social e emocional, vindo da família, amigos e equipe de saúde (especialmente da enfermagem, que são os profissionais que ficam mais tempo em contato com os pacientes). Foi verificado o quanto esse suporte é importante para ajudar a criança a lidar com o medo e outros sentimentos difíceis associados à doença e a prevenir o surgimento dos mesmos (Anderzén-Carlssona, Sörlic, & Kihlgrena, 2012; Castellano-Tejedor, Pérez-Campdepadrós, Capdevila, Sábado-Álvarez, & Blasco, 2015).

Atualmente, se sabe que o comportamento dos pais impacta diretamente o processo de enfrentamento da criança. Os pais irão apresentar diferentes reações e comportamentos com relação a seus filhos doentes. Cline et al. (2006) definem o que consideram como sendo, segundo a nomeação dos autores, as quatro atitudes distintas dos pais. A atitude de suporte trata da confirmação dos pais para seus filhos quanto à dificuldade da situação e da doença, mas se colocando junto com estes para o tratamento e superação da doença. Esta atitude estimula o enfrentamento e o coloca como compartilhado. Outra atitude é a de normalização, tomada pelos pais que não colocam a doença como uma situação difícil, mas procuram fazer desta algo normal e rotineiro, mas que também se colocam junto com os filhos para o envolvimento nestas circunstâncias, estimulando o enfrentamento e também o colocando como relacional. Uma terceira atitude é a de distanciamento, em que os pais evitam o problema, não se colocando disponíveis para estarem junto com a criança no processo de enfrentamento da doença. Esta atitude estimula um enfrentamento que não é relacional, mas individual da criança, que precisa criar uma maneira própria e independente, sem contar com os pais, para lidar com a situação estressora. Uma última atitude é a invalidação. Nesta, os pais negam o problema para a criança, negando a validade do estresse que a criança vive. Isto dificulta ou impossibilita o enfrentamento por parte da criança.

A esperança dos pais e a comunicação dentro da família e da rede de convívio de forma a propiciar compartilhamento e expressão de emoções foram associadas a um processo de enfrentamento mais favorável, com menor percepção de estresse e dor, em crianças com câncer (Eapen, Mabrouk, & Bin-Othman, 2008; Harper et al., 2012; Maurice-Stam et al., 2009). Numa grande parcela de crianças e adolescentes com câncer, a estratégia de enfrentamento é igual àquela dos seus pais. Pacientes com estratégias de enfrentamento engajadas tinham pais também com esta estratégia, o mesmo valendo para pacientes com estratégias desengajadas, em estudo realizado no Irã com 120 adolescentes (Sanjari, Heidari, Shirazi, & Salemi, 2008).

Com relação ao momento específico de um procedimento invasivo, como a punção venosa, foi visto que comportamentos de distração, humor e conversação com tema não relacionado ao procedimento foi associada a um melhor enfrentamento das crianças no procedimento. Já a tranquilização, a empatia, a crítica e dar o controle da situação para criança foram associados ao choro e a um pior enfrentamento da criança (McMurtry, Chambers, McGrath, & Asp, 2010; Spagrud et al., 2008; Taylor, Sellick, & Greenwood, 2011). Destaca-se que uma fala com conteúdo tranquilizador, mas não acompanhada da expressão facial e tom de voz condizentes com este conteúdo, não é interpretada como tranquilizadora pelas crianças,

como foi observado em estudo realizado com 100 crianças de cinco a dez anos no Canadá (McMurtry et al., 2010).

Apesar do comportamento dos pais ter sua importância no caso dos procedimentos invasivos, é comum também que a criança simplesmente ignore o comportamento dos adultos neste momento, seja este qual for (Taylor et al., 2011). Em geral, no entanto, vê-se a importância do cuidador como potencializador ou não de estratégias de enfrentamento. Anderzén-Carlsson et al. (2012) demonstraram ser importante permitir que o paciente adolescente se responsabilizasse e escolhesse sua própria estratégia de enfrentamento, ao mesmo tempo em que sintam que há um suporte em torno dele. Profissionais e pais devem perceber que os jovens pacientes têm os recursos necessários para enfrentar seus medos e que às vezes eles querem enfrentá-lo do seu jeito particular.

Arruda-Colli, Perina e Santos (2015) também destacam a importância de incluir o paciente pediátrico nos diálogos e decisões sobre o tratamento, desde que a idade da criança permita, ressaltando que o processo de enfrentamento é muito melhor quando a criança está bem informada e pior quando os pais escondem fatos sobre seu diagnóstico e tratamento, como é comum estes quererem fazer.

Quanto à equipe de saúde, por outro lado e como advertem Anderzén-Carlsson et al. (2012), é relevante que não veja os pacientes como vítimas, mas como jovens com uma grande competência, que podem se beneficiar de um ambiente acolhedor. Devem, portanto, ter uma atitude empática. Sanjari et al. (2008) mencionam também a importância da enfermagem como estimuladora e orientadora de estratégias de enfrentamento mais adequadas para pais e pacientes.

Lumma et al. (2015) destacam que o papel dos pais no processo de enfrentamento provavelmente mudará à medida que as crianças se desenvolvem. Por exemplo, na primeira infância, a procura de apoio pode estar intimamente ligada a qualidades no relacionamento pai-filho, e os esforços dos pais para orientar as crianças através de experiências estressantes é importante. No entanto, durante a adolescência, o papel dos pais no processo de estresse e enfrentamento provavelmente mudará para acomodar o aumento do papel das habilidades cognitivas e emocionais da própria criança e de seus pares.

A fase do ciclo vital em que se encontra a criança é relevante também para a determinação da estratégia usada. Em estudo com 88 crianças de nove a dezesseis anos de Honk Kong, as crianças que estavam na faixa etária de nove a doze anos não apresentaram três das estratégias de enfrentamento definidas por Lazarus e Folkman (1984), que são confronto, reforço positivo e aceitação de responsabilidades (Li et al., 2011). Segundo os autores do

estudo, tal constatação parece estar associada à fase do desenvolvimento cognitivo em que essas crianças se encontram, que ainda não permitiria o amplo emprego de tais estratégias.

Além da fase do desenvolvimento, as estratégias de enfrentamento das crianças também estarão sempre de acordo com os recursos do ambiente físico e sociocultural existentes (Moraes & Enumo, 2008). Crianças participantes do estudo de Li et al. (2011) apresentaram uma frequência muito baixa da estratégia de confronto, que só foi observada em maiores de 13 anos, mas ainda assim em frequência bem baixa. Isto pode ser associado a aspectos culturais locais. No caso deste estudo, trata-se da cultura oriental chinesa, onde se preza mais, na educação e criação dos filhos, a submissão, desestimulando-se o questionamento e confronto. É fundamental, portanto, que ao se investigar e analisar os processos de enfrentamento que seja levado em conta o momento ontogenético e o contexto sociocultural envolvidos.

Com base nos relatos dos diversos estudos, é possível pensar que existem diferentes modos de enfrentamento ao câncer e que há diferenças individuais no modo como a criança reage e lida com a situação. Em minha experiência no acompanhamento às crianças em tratamento oncológico, vejo que embora o tratamento siga um certo padrão específico, a forma como cada criança se sente com relação ao mesmo é amplamente variada.

Pelas enfermarias do INCA podemos ver crianças brincando, rindo, fazendo amizades, e conhecendo os espaços hospitalares muitas vezes até melhor que a própria equipe. Por outro lado, vemos pacientes que praticamente não saem dos seus leitos ou não saem nem debaixo de seus cobertores, que não conversam com ninguém e que rejeitam qualquer interação. Vemos também como, muitas vezes, ocorre uma transformação a partir da participação em atividades na classe hospitalar ou na brinquedoteca, do contato e trocas com outros pacientes, com a psicóloga e com outros profissionais da equipe, possibilitando por vezes o estabelecimento de laços afetivos com essas pessoas. É este tipo de transformação que de alguma forma tentamos favorecer ao trabalharmos como psicólogos em uma enfermaria oncológica.

De todo modo, é uma experiência difícil de ser vivida pelas crianças em tratamento oncológico e com muitos desafios, o que indica a demanda por algum suporte que permita um melhor enfrentamento. Nesse sentido, a criação de um programa de enfrentamento ao câncer infantil e ao tratamento, utilizando práticas de *mindfulness*, busca favorecer este melhor enfrentamento, através do aprimoramento de estratégias de regulação emocional, do enfrentamento de controle secundário, de aproximação ao estressor e/ou de foco na emoção.

1.1.3 Intervenções psicológicas para favorecimento do enfrentamento do câncer em crianças

A importância de que medidas de intervenção psicológica sejam incluídas na assistência à criança hospitalizada, para favorecer que a mesma mobilize recursos adequados a um enfrentamento da doença, tal como o programa aqui proposto, já é reconhecida na literatura. Motta e Enumo (2010) sugerem que estas intervenções tenham as seguintes características: (a) sejam focalizadas no problema do enfrentamento da hospitalização e da doença; (b) utilizem atividades lúdicas, com conteúdo específico; (c) sejam individualizadas, se possível; e (d) sejam apoiadas em avaliação prévia das estratégias de enfrentamento da hospitalização. O programa definido nessa tese buscou atender todas essas características, como abordado mais adiante.

Em uma revisão de literatura de artigos publicados entre 2006 e 2016, usando como termos de busca *enfrentamento, crianças e câncer*, Sant'Anna e Mendes (2019) analisaram 22 propostas de intervenções (Tabela 1), que foram divididas nas seguintes categorias, de acordo com as técnicas empregadas: psicoeducacionais, lúdicas, com musicoterapia, de naturezas diversas (explicitadas adiante) e atividades não caracterizadas como intervenções.

A modalidade mais frequente foi a das propostas psicoeducacionais, observada em dez dos estudos (45%). Além desta, dois estudos (10%) realizaram intervenções lúdicas. Um estudo (5%) mesclou a intervenção lúdica com a do tipo psicoeducacional (Filin, Treisman, & Bortz, 2009). Três estudos utilizaram a musicoterapia (15%). Outros três estudos (15%) foram caracterizados como intervenções de naturezas diversas. Dois estudos (10%) não se constituíram propriamente em intervenções, mas estabeleceram avaliações de atividades costumeiramente realizadas por crianças e adolescentes com câncer, como participar regularmente de acampamentos para crianças com câncer e suas famílias (usual nos Estados Unidos), e de classes hospitalares, e narraram também os efeitos destas atividades no tratamento.

A intervenção psicoeducacional consiste na troca através da fala ou da escrita com o objetivo de ensinar novos conhecimentos e comportamentos e estimular a expressão e compartilhamento de emoções e pensamentos pelos pacientes. As intervenções eram realizadas em encontros individuais (Dijk-Lokkart et al., 2015; Filin et al., 2009; Seitz, Knaevelsrud, Duran, Waadt, & Goldbeck, 2014a; Seitz, Knaevelsrud, Duran, Waadt, & Goldbeck, 2014b; Rosemberg et al., 2015; Wu et al., 2014;), em encontros em grupo (Last, Stam, Nieuwenhuizen, & Grootenhuis, 2007; Maurice-Stam, Silberbusch, Last, & Grootenhuis, 2009) ou por meio do uso do computador (Bisignano & Bush, 2006; Jones et al., 2010; O'Conner, 2009, Samson-Daly et al., 2012).

Um primeiro exemplo de proposta psicoeducacional que consta dos estudos recuperados é a intervenção SpotlightonIVs (Bisignano & Bush, 2006), que usa um CD-ROM interativo, com o objetivo de auxiliar crianças e adolescentes (de sete a 18 anos) com câncer a lidarem melhor com os procedimentos invasivos a que precisam ser submetidos. Esta proposta conta com o fornecimento de informações para os pacientes, preparação para o procedimento (modelamento através de vídeo) e exercício de relaxamento (respiração e visualização de imagens). O resultado deste estudo, realizado com 30 participantes canadenses, foi o maior uso da reestruturação cognitiva como estratégia de enfrentamento, estratégia esta que foi vista como mais eficaz, do que outras estratégias.

Semelhante a este programa, há uma outra proposta de intervenção realizada através de um CD-ROM, sendo direcionada apenas a adolescentes (12 a 18 anos) com câncer para ajudá-los no processo de enfrentamento da doença (Jones et al., 2010). Este CD-ROM possui conteúdo informativo sobre a doença, tratamento e estratégias de enfrentamento direcionado para os pacientes. O resultado deste estudo, realizado com 65 participantes norte-americanos, foi o aumento do locus de controle interno do enfrentamento (isto é, a visão do indivíduo como tendo controle perante sua capacidade de enfrentamento e não atribuindo seu melhor ou pior manejo da situação de estresse meramente a um fator externo), que foi visto como mais eficiente para o enfrentamento.

Outra possibilidade é o programa de preparação para radioterapia (Filin et al., 2009), que objetiva auxiliar crianças de três a seis anos que serão submetidas à radioterapia e seus familiares a lidarem melhor com este procedimento. Este estudo, além de ter uma proposta psicoeducacional, conta também com uma parte lúdica, da qual trataremos mais adiante. Com relação à proposta psicoeducacional, a intervenção conta com fornecimento de informações para os pacientes e preparação para o procedimento (visita e manuseio do aparelho e acessórios que utilizarão ao realizar o procedimento). Este estudo realizado com 55 crianças israelenses proporcionou redução da ansiedade e maior satisfação com o cuidado para os participantes.

Mais um exemplo é o programa OpKoers (O.K.) (Last et al., 2007). Esta intervenção consiste de técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais (informações, preparação para o procedimento (modelamento através de vídeo), relaxamento e pensamento positivo), realizada em grupo para crianças e adolescentes de oito a 18 anos com doenças crônicas. Este estudo, realizado com 109 participantes holandeses, relatou melhora comportamental e emocional, maior competência social, busca por informações, relaxamento e maior frequência de pensamento positivo nos participantes.

Baseado no programa acima, surgiu o O.K. Onco (Maurice-Stam et al., 2009), direcionado mais especificamente para crianças com câncer (de oito a doze anos). Esta intervenção consiste de técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais (informações, preparação para o procedimento (modelamento através de vídeo), relaxamento, desenvolvimento da competência social e pensamento positivo) aplicadas em grupo. Este estudo, realizado com 11 participantes holandeses, trouxe como resultado melhor competência social e maior frequência de pensamento positivo.

Baseado no O.K. Onco, outra intervenção de caráter também psicoeducacional foi elaborada para crianças e adolescentes (de nove a 18 anos) com câncer (Wu et. al., 2014). Esta intervenção foi constituída por práticas voltadas para o fornecimento de informações, distração, pensamento positivo, manejo de sintomas (especialmente para náuseas / vômitos, falta de apetite, dor, controle de infecção) e desenvolvimento da competência social. Este estudo realizado com 58 participantes na Tailândia trouxe a redução de problemas gastrintestinais e dor a partir da participação no programa.

Uma proposta de intervenção para jovens alemães sobreviventes de câncer pediátrico, encontrada nos estudos recuperados, foi o programa Onco-STEP que é um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental que consiste de 10 sessões (Seitz et al., 2014a; Seitz et al., 2014b). O Onco-STEP é composto por dois módulos: o primeiro usa técnicas expressivas e objetiva reprocessar as experiências traumáticas relacionadas ao câncer (“Lookingback”), baseado nos princípios da terapia online para stress pós-traumático, e o segundo visa construir estratégias de enfrentamento a medos relacionados ao câncer (“Lookingahead”) e é uma intervenção para medo disfuncional, trabalhando o aumento da consciência dos sentimentos, pensamentos e comportamento, bem como de suas consequências e a reestruturação cognitiva. Os resultados da aplicação do programa, observados através da avaliação de 20 participantes, foram: menores índices de depressão, estresse pós-traumático, ansiedade e medo de progressão/recaída.

Esta intervenção, portanto, não é direcionada para o favorecimento ao enfrentamento da doença, mas voltada justamente para os casos em que o enfrentamento não foi totalmente eficiente no momento da doença, sendo um enfrentamento das sequelas socioemocionais derivadas do estresse passado. Um programa semelhante é o método de terapia cognitivo-comportamental em grupo e online para adolescentes australianos sobreviventes de câncer denominado Recapture Life (Samson-Daly et al., 2012), que ensina estratégias de enfrentamento (reestruturação cognitiva e competências sociais), realizado com 90 participantes.

Uma outra proposta de intervenção (Dijk-Lokkart et al., 2015) foi voltada para 30 crianças e adolescentes holandeses (de oito a 18 anos) com câncer para melhorar seu funcionamento socioemocional e enfrentamento dos efeitos relacionados com a doença e consistiu de técnicas cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais (relaxamento e aumento da consciência dos sentimentos, pensamentos e comportamento, bem como de suas consequências).

O programa educacional online Enfrentando o Câncer (OConner, 2009) é dirigido apenas a adolescentes em tratamento de câncer e proporciona um local seguro para os adolescentes encontrarem informação acurada sobre câncer, tratamento e estratégias de enfrentamento, juntamente com a possibilidade de receber conselhos e motivação de outros adolescentes que tenham já terminado seu tratamento. Foi realizado com quatro participantes nos EUA.

Outra intervenção é o PRISM (Promovendo a Resiliência no Manejo do Estresse) (Rosemberg et al., 2015). Este programa é constituído por técnicas cognitivo-comportamentais (reestruturação cognitiva, manejo de estresse) e de *mindfulness* (relaxamento e aumento da consciência dos sentimentos, pensamentos e comportamento, bem como de suas consequências). Foi realizado com 30 adolescentes norte-americanos. Este programa não foi avaliado quanto aos seus resultados, mas foi avaliada a participação e satisfação dos participantes para com o mesmo, e foi vista como tendo sido bastante adequada.

As intervenções lúdicas são compostas por brincadeiras que podem ser de caráter não-diretivo ou de caráter diretivo. A intervenção lúdica não-diretiva (Chari & Appaji, 2013) deixa a critério da criança escolher com o que e como quer brincar, com o terapeuta apenas acompanhando-a em seu processo. Já na intervenção lúdica diretiva, além da brincadeira por si só, há a definição prévia de objetivos associados a serem alcançados. Neste caso, a atividade não é escolhida pela criança, mas pelo terapeuta, que a propõe para a criança (Filin et al., 2009; Motta & Enumo, 2010).

Com relação às intervenções lúdicas, houve um estudo que propôs uma intervenção lúdica não-diretiva (brincar livre) que foi realizada com uma criança na Índia (Chari & Appaji, 2013). Este estudo trouxe como resultado o melhor enfrentamento da criança que participou da atividade. Já outro estudo (Motta & Enumo, 2010) propôs uma terapia lúdica diretiva, visando a aumento da consciência dos sentimentos, pensamentos e comportamento, bem como de suas consequências, empregando técnicas de reestruturação cognitiva, preparação para procedimentos através de técnicas de “modelagem de comportamentos”, por meio da manipulação de objetos e personagens que retratam o cotidiano médico, técnicas de busca de

informação sobre a doença e o tratamento, por meio da leitura de histórias centradas no problema e, por fim, técnicas com foco na distração cognitiva e comportamental, incentivando o envolvimento da criança em atividades prazerosas, como “brincar”, “assistir TV”, entre outras. O resultado deste estudo, aplicado em 24 crianças de sete a doze anos no Brasil, foi a diminuição de estratégias desfavoráveis de enfrentamento. Um estudo, já citado (Filin et al., 2009), misturou intervenção psicoeducacional e lúdica diretiva, buscando trabalhar questões importantes para a melhor adaptação das crianças ao tratamento da radioterapia, como permanecer completamente imóvel, utilizar uma máscara e permanecer sozinho na sala de tratamento.

Motta e Enumo (2002) destacaram o brincar como um recurso viável e adequado para o enfrentamento da hospitalização, argumentando que ações institucionais devem viabilizar e disponibilizar recursos humanos e materiais para este fim. Esses autores colocam o brincar como uma estratégia de enfrentamento adequada às crianças com câncer, seja este o brincar como instrumento de recreação ou como recurso terapêutico.

Do ponto de vista da criança, ainda segundo Motta e Enumo (2002), o interesse e o uso da brincadeira devem-se principalmente ao efeito imediato que têm o divertimento e o entretenimento. Ao brincar no hospital, a criança transforma o ambiente em que se encontra, tornando-o mais parecido com sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação à sua hospitalização. Por isso, a atividade recreativa em si, espontânea e desinteressada, tem um efeito terapêutico, pois promove o bem-estar da criança. Por outro lado, o brincar pode ter aplicação mais diretamente ligada a procedimentos médicos específicos. Esta segunda forma de aplicação da brincadeira, às vezes chamada terapêutica, é mais bem rotulada como técnica, já que terapêuticas as duas formas são.

Esta forma de aplicação refere-se ao uso da brincadeira pela criança hospitalizada para ajudá-la na compreensão e na adaptação mais adequada ao procedimento médico invasivo. Deve-se sempre considerar que a criança já possui um repertório de estratégias de enfrentamento para situações adversas em geral e que as intervenções psicológicas visam estender tais estratégias e tornar significativa ou eficaz a sua aplicação (Motta & Enumo, 2002).

Outro tipo de intervenção é a que é caracterizada pela presença da música na atividade que é proposta para as crianças e adolescentes e, tal como as intervenções lúdicas, pode ter caráter mais ou menos diretivo, visto que se acredita que o fato de entrar em contato com a música (ouvir, cantar, dançar, escolher, etc.) já seria terapêutico em si, mas que esse recurso pode ser utilizado também com um viés mais diretivo para acessar e elaborar determinadas

emoções, pensamentos ou comportamentos (Robb et al., 2008; Robb et al., 2014; Hendricks-Ferguson et al., 2013).

Com relação às intervenções que utilizaram música, houve um estudo que foi realizado com crianças norte-americanas hospitalizadas de quatro a sete anos recebendo tratamento para câncer (Robb et al., 2008); outro foi realizado através de um vídeo direcionado para adolescentes norte-americanos (Robb et al., 2014) e um último foi realizado com adolescentes realizando transplante de medula óssea (Hendricks-Ferguson et al., 2013). Estes estudos trouxeram como resultado um melhor enfrentamento dos participantes.

Na categoria de intervenções de naturezas diversas foram identificados estudos com propostas bem singulares. Um estudo apresentou a proposta de produções de histórias pessoais/legados para serem elaboradas pelas crianças com câncer (Akard et al., 2015). Estava baseado em perguntas que guiaram a intervenção (*Algumas crianças me dizem que gostariam de escrever algumas palavras ou fazer algo especial para dar a alguém de quem elas gostam. Você gostaria de escrever algumas palavras ou fazer algo para dar a alguém? O que você gostaria de escrever ou fazer? Que tipo de ajuda você gostaria? Algumas crianças que estão doentes me disseram que esperam que suas famílias e amigos se lembrem de certas coisas sobre eles. O que você gostaria que sua família ou seus amigos lembrassem mais sobre você?*). Este estudo, realizado com 28 crianças de sete a dezessete anos nos EUA, trouxe como resultado um melhor funcionamento emocional, melhor desempenho escolar e melhor enfrentamento das crianças participantes.

Outro estudo, também caracterizado na revisão de literatura de Sant'Anna & Mendes (2019) como intervenções de naturezas diversas, realizou um relaxamento assistido pelo *biofeedback* (Shockey et al., 2013). A intervenção contou com um aparelho de *biofeedback* e um local tranquilo e privado onde o participante praticava as técnicas de relaxamento (respiração abdominal). Este estudo, realizado com 12 crianças de oito a catorze anos nos EUA, trouxe como resultado a redução da ansiedade dos participantes. O terceiro estudo dentro desta categoria relatou a realização de uma intervenção com aromaterapia, em que foi feita a infusão de óleos essenciais em crianças e adolescentes (Ndao et al., 2012). De acordo com a avaliação realizada no estudo, que contou com 37 participantes de cinco a vinte e um anos nos EUA, esta intervenção não trouxe benefício significativo para os participantes.

Com relação aos estudos que não se constituíram propriamente em intervenções, um avaliou o acampamento, que é uma atividade comum nos EUA e no Canadá para crianças em tratamento de câncer e suas famílias (Barr et al., 2010). Este estudo trouxe como resultado um melhor enfrentamento e melhor qualidade de vida dos participantes. Já o outro avaliou a classe

hospitalar, que é uma escola dentro dos hospitais para que crianças hospitalizadas não interrompam seus estudos e faz parte da Política Nacional de Educação Especial no Brasil (Hostert, Motta, & Enumo, 2015). Este estudo, que avaliou 162 participantes de seis a dezoito anos, observou um melhor enfrentamento por parte das crianças que participaram da classe hospitalar.

Paralelamente à divisão realizada entre modalidades de intervenções, foram agrupadas em categorias as diferentes técnicas utilizadas nas intervenções para o favorecimento do enfrentamento. Embora duas intervenções possam ser de modalidades diferentes, elas podem utilizar um mesmo tipo de técnica. Da mesma forma, uma mesma modalidade pode utilizar mais de uma técnica.

Dentre as técnicas de intervenção que ajudam no enfrentamento das crianças em tratamento oncológico, estão a identificação de sentimentos (feita, por exemplo, através de caça-palavras de sentimentos, pinturas de carinhas de sentimentos, boliche de sentimentos e expressão de sentimentos a partir de instrumentos musicais) (Motta & Enumo, 2010), a reestruturação cognitiva (por exemplo, o exercício de analogias “transformando pensamento lagarta em pensamento borboleta”) (Rosemberg et al., 2015), a modelagem de comportamentos (feita por meio da manipulação de objetos e personagens que retratem o cotidiano médico) (Motta & Enumo, 2010), a busca de informação sobre a doença e o tratamento (por exemplo, por meio da leitura de histórias centradas no problema e discussão sobre problemas relacionados à doença) (Wu et al., 2014), a distração cognitiva e comportamental (realizada através do incentivo ao envolvimento da criança em atividades prazerosas, como “brincar”, “assistir TV”, entre outras) (Motta & Enumo, 2010), o estímulo ao pensamento positivo (Last et al., 2007), a busca por apoio (Samson-Daly et al., 2012), o relaxamento (Shockey et al., 2013) e o desenvolvimento de habilidades sociais (Maurice-Stam et al., 2009). Estas técnicas auxiliam na diminuição de estratégias desfavoráveis ao enfrentamento da hospitalização, tais como chorar, sentir raiva, medo e desânimo, bem como redução de sintomas e de dor.

A técnica mais frequentemente utilizada nos artigos analisados foi o fornecimento de informações sobre a doença e o tratamento para os pacientes, que foi citada em oito artigos (36%). Em segundo lugar, vieram duas técnicas que foram mencionados em seis artigos cada (27%): o uso de exercícios de relaxamento e o uso de estratégias para conscientização de sensações físicas, emoções, pensamentos e comportamentos. Em terceiro lugar, mais duas técnicas foram mencionadas em cinco artigos cada (23%): o uso de preparações para procedimentos e o uso de reestruturação cognitiva. Por fim, três técnicas foram mencionadas

em três artigos cada (13%): o uso de técnicas expressivas, o uso do pensamento positivo e o uso de competências sociais.

Algumas destas técnicas apresentam variações conforme a intervenção. Com relação, por exemplo, aos exercícios de relaxamento, são citados exercícios de respiração (Bisignano & Bush, 2006; Shockey et al., 2013) e de visualização de imagens (Bisignano & Bush, 2006). Já com relação a preparações para procedimentos são citados modelamento através de vídeo (Bisignano & Bush, 2006; Lastet et al., 2007; Maurice-Stam et al., 2009), visita e manuseio do aparelho e acessórios que serão utilizados no procedimento (Filin et al., 2009) e técnicas de “modelagem de comportamentos”, por meio da manipulação de objetos e personagens que retratam o cotidiano médico (Motta & Enumo, 2010). Com relação às técnicas expressivas foram citadas expressão escrita (Seitz et al., 2014a; Seitz et al., 2014b) e produção de vídeo (Akard et al., 2015).

Outra organização dos artigos foi feita com relação aos resultados alcançados. Quinze artigos (68%) mostraram que a intervenção proporcionou benefício aos participantes. Destes, onze estudos (73%) apontaram um enriquecimento no nível e na variedade das estratégias de enfrentamento, sendo que apenas cinco (45%) especificaram quais estratégias de enfrentamento foram favorecidas, tendo sido estas variadas, como apresentaremos mais adiante. Dos outros quatro artigos, três (20%) mostraram redução da ansiedade dos participantes (Filin et al., 2009; Seitz et al., 2014a; Shockey et al., 2013) e um (7%) mostrou redução de problemas gastrintestinais e de dor (Wu et al., 2014).

Apenas um estudo (5%) relatou que a intervenção não mostrou nenhum tipo de benefício (Ndao et al., 2012). Em seis estudos (27%), não foram avaliados os resultados da intervenção, mas a intervenção em si, discutindo aspectos positivos e negativos da metodologia utilizada e avaliando a sua viabilidade, isto é, se a maioria dos pacientes conseguiu concluir o programa. Em todos foi demonstrada a viabilidade das intervenções.

Os estudos que realizaram avaliação da intervenção em si trazem uma boa contribuição no sentido de apontarem sugestões para melhorias nos programas e razões pelas quais os participantes aceitaram ou recusaram a sua inclusão nos mesmos. Foi vista, por exemplo, a necessidade de adaptações dos programas às diferentes faixas etárias e maior flexibilidade de adaptação à personalidade de cada paciente. Dijk-Lokkart et al. (2015), relataram, por exemplo, que algumas técnicas de relaxamento foram consideradas muito infantis para pacientes maiores e que, dependendo da personalidade do paciente, havia aqueles que queriam mais ou menos contato físico, e com mais ou menos frequência, com o terapeuta que conduziu a intervenção.

Uma razão comum para as crianças participarem dos programas foi, curiosamente, não o desejo de ajudar a si mesmo, mas o altruísmo e desejo de ajudar pacientes que estivessem passando pelo mesmo problema, querendo compartilhar palavras de encorajamento e ideias sobre formas de enfrentar o câncer, e ao mesmo tempo tentar manter uma vida normal (Hendricks-Ferguson et al., 2013; O’Conner, 2009). Outros gostaram de usar as sessões de atividade como forma de distração enquanto estavam hospitalizados.

As equipes de saúde ajudaram a motivar os participantes, mostrando os benefícios dos programas. O vínculo afetivo com as pessoas que conduziram os programas também influenciou a decisão dos pacientes de participarem dos mesmos. Acredita-se que o encorajamento dos pais para a participação nos programas também seja um fator de influência (Hendricks-Ferguson et al., 2013).

Com relação às razões para não aderir aos programas, os participantes citaram: duração longa das sessões (Rosemberg et al., 2015); falta de desejo para compromissos extras; mesmo horário de outras atividades; compromissos fora do hospital; insatisfação com o fato de serem aleatoriamente divididos em dois grupos, tendo preferência por um deles; e desconforto emocional ou estresse disparado pela possibilidade de participar do grupo (Hendricks-Ferguson et al., 2013).

As estratégias de enfrentamento favorecidas que foram especificadas incluíram a reestruturação cognitiva (Bisignano & Bush, 2006), do *locus* de controle interno (Jones et al., 2010), da competência social (Last et al., 2007; Maurice-Stam et al., 2009; Robb et al., 2014), da capacidade de busca por informações (Last et al., 2007), do relaxamento (Last et al., 2007), do pensamento positivo (Last et al., 2007; Maurice-Stam et al., 2009), do enfrentamento corajoso (isto é, envolvimento ativo com seu ambiente) e do ambiente familiar (melhor adaptação, coesão e comunicação) (Robb et al., 2014).

A partir desta revisão de literatura sobre intervenções com objetivo de favorecimento ao processo de enfrentamento, pode-se notar que há um amplo leque de alternativas de atuação para o auxílio a este processo. Isto é coerente com o fato de o enfrentamento ser um processo complexo que pode se valer de diferentes recursos, não se restringindo a uma única possibilidade para seu favorecimento. São buscados diferentes enfoques para motivar os pacientes e conter possíveis resistências à intervenção. Do mesmo modo, vem sendo empregados diferentes recursos, como jogos, música e até aromas. Tentativas de aplicação de intervenções têm sido feitas em diferentes situações, no hospital ou fora dele.

Deve-se observar ainda que as intervenções, em sua grande maioria, têm efeito positivo e são viáveis de serem aplicadas no ambiente hospitalar, sendo, portanto, desejável que sejam

mais frequentes, haja vista a positividade do seu efeito para o bem-estar psíquico das crianças e adolescentes que convivem com o câncer. Uma maior elaboração das técnicas utilizadas e uma possibilidade também de exploração de novas técnicas pode auxiliar ainda mais neste fecundo campo das intervenções para o favorecimento do enfrentamento em crianças e adolescentes com câncer. Cabe destacar que a ampla maioria das intervenções estudadas ocorreu em países da América do Norte e da Europa e nenhum deles ainda empregou diretamente os recursos de *mindfulness* em crianças com câncer.

Embora a revisão tenha abarcado alguns projetos voltados apenas para adolescentes, que não é nosso foco aqui, achamos interessante incluí-los, pois por vezes há algo semelhante nestes projetos com as intervenções voltadas para o público mais infantil.

1.2 Possibilidades da prática de *mindfulness* na promoção do enfrentamento e do bem-estar de crianças com câncer

1.2.1 A noção de *mindfulness* e seu uso em intervenções terapêuticas

De acordo com a definição de Kabat-Zinn (1994), *mindfulness* significa "prestar atenção de um modo particular: com propósito, no momento presente e sem julgamento" (p. 4). Em português, a palavra pode ser traduzida como atenção plena, como mencionado em nota na seção anterior. Práticas de *mindfulness* enfatizam a observação da experiência interna sem distorções afetivas, cognitivas ou fisiológicas. Essencialmente, a *mindfulness* é a prática de, no momento presente, discriminar pensamentos e emoções de eventos externos (Hendricks, 1975). A pessoa pode observar os pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem, aceitando-os sem julgá-los e identificando-os como eventos mentais e não como representações verídicas da realidade (Felder, Dimidjian, & Segal, 2012).

Ao observar pensamentos e emoções a partir desta perspectiva destacada, uma maior clareza de percepção mental pode ser alcançada. Praticar a *mindfulness* pode ensinar as pessoas a reconhecerem os sentimentos de ansiedade, modificar pensamentos repetitivos ou negativos, minimizar comportamentos de fuga e ter controle sobre estratégias de enfrentamento (Roemer & Orsillo, 2002).

O treinamento na *mindfulness* objetiva ensinar um relacionamento de maior aceitação com os pensamentos, ao invés de enfatizar a criação de pensamentos mais positivos e adaptativos. Assim, concentra-se exclusivamente em cultivar recursos internos, ao invés de

tentar mudar o que se considera errado com a pessoa. Nisto se distingue da terapia cognitivo-comportamental (TCC), por exemplo (Roemer & Orsillo, 2002).

Kuyken et al. (2010) demonstram esta característica em estudo sobre o uso da *mindfulness* no tratamento da depressão. Esses autores observaram que, em pacientes deprimidos que faziam uso de tratamento medicamentoso, a presença de pensamentos negativos recorrentes era associada com um mau-prognóstico, o que não ocorreu nos que utilizaram a *mindfulness* em seu tratamento. Ou seja, através do recurso da *mindfulness*, o paciente pode ainda ter o pensamento negativo, mas lida melhor com ele, aceitando sua presença sem julgamento, e conseqüentemente sem comprometimento de sua autoestima e das chances de melhora de seu estado de saúde.

As intervenções baseadas na *mindfulness* (IBAPs) são originadas de diversas práticas orientais de meditação, tendo no Budismo a principal de suas raízes (Kabat-Zinn, 1994). No entanto, pesquisadores e clínicos ocidentais introduziram estas práticas em programas de tratamento de saúde mental e, em sua maior parte, ensinam as habilidades independentemente de suas origens religiosas e culturais (Baer, 2003).

Uma das primeiras e principais formalizações da prática de *mindfulness* se deu em um programa denominado Redução de Estresse Baseado na *Mindfulness* (em inglês MBSR), criado por Kabat-Zinn (1990). O MBSR, originalmente desenvolvido no final dos anos 1970 como uma intervenção de grupo de oito semanas, consistia de técnicas de *mindfulness* para reduzir a dor crônica e estresse, mas, atualmente, é usado para tratar um amplo espectro de doenças e comportamentos não-adaptativos e é cada vez mais usado em psicologia clínica (Salmon et al., 2004).

Posteriormente, com influência da MBSR, surgiu a terapia cognitiva baseada na *mindfulness* (em inglês MBCT), utilizada para prevenção de recaídas de depressão em adultos (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). A ideia subjacente à MBCT é a de que os indivíduos com histórias de depressão são vulneráveis durante os estados disfóricos, durante os quais os padrões cognitivos automáticos presentes nos episódios anteriores são reativados e podem desencadear o início de um novo episódio. A MBCT tem como objetivo alterar a relação automática e reativa com os pensamentos, sentimentos e sensações que podem precipitar a recaída (Segal et al., 2002). Mais especificamente, a MBCT se propõe a ensinar os participantes a reconhecer padrões ruminativos associados à vulnerabilidade à recaída, a desprender-se do modo automático de "agir" e acessar um modo descentrado de "ser". Há uma tendência na depressão a um autojulgamento e autocrítica exagerados, que é combatida pela prática da *mindfulness*.

As quatro sessões iniciais do programa MBCT de oito semanas se concentram no ensinamento de práticas de *mindfulness* aos participantes, que são orientados a perceber o vazar da mente e intencionalmente direcionar a atenção para um foco único e relativamente neutro. As quatro últimas sessões do MBCT estão voltadas para maneiras de lidar habilmente com mudanças de humor negativas, com o objetivo de cultivar o bem-estar e evitar recaídas.

Tanto a MBSR, quanto a MBCT, são programas de aprendizagens experienciais que incluem sessões semanais em grupo, prática regular em casa e um currículo central que inclui diferentes práticas formais de *mindfulness* (body scan, meditação sentada, movimentos e meditação andando), e práticas informais de *mindfulness* (onde os participantes intencionalmente procuram estar mais conscientes em atividades da vida diária, como, por exemplo, tomar banho, comer, fazer compras, etc). As sessões de grupo incluem práticas de meditação guiada, indagações orientadas pelo instrutor, discussão de experiências e psicoeducação (informações sobre a universalidade da mente errante, o papel da percepção, associação mente/corpo, reatividade ao estresse, desenvolvimento de recursos internos para lidar e melhorar a saúde, etc). Esta parte psicoeducacional é adaptável às características específicas dos participantes do grupo (por exemplo, para ansiedade, distúrbios alimentares, etc.). Na MBCT, esta parte inclui exercícios específicos para depressão.

As indagações orientadas pelo instrutor e a discussão de experiências seguem a metáfora de três círculos concêntricos (Felder et al., 2012). No centro está o círculo “pessoal”, onde se destaca a importância de começar com a experiência direta de cada pessoa do grupo, através de perguntas abertas como, por exemplo, "O que você notou?". No segundo círculo, denominado "contextual", o instrutor pergunta como a prática foi diferente das formas típicas e automáticas de se comportar. No último círculo, que é específico para a questão de saúde mental que interessa àquele paciente resolver, o instrutor pergunta como a prática pode ser relevante para esta questão, vinculando assim as experiências de cada participante aos principais pontos de ensino da sessão. Em termos gerais, o instrutor colabora com os participantes para identificar maneiras pelas quais a prática de conscientização e atenção pode ser uma ferramenta útil para o melhor bem-estar psíquico.

Ao discutir suas dificuldades, os participantes ganham apoio tanto do instrutor quanto de outros membros do grupo que tenham experimentado obstáculos semelhantes. Um aspecto importante destas práticas é que o instrutor do grupo não tenta consertar ou resolver as dificuldades dos participantes, incorporando assim uma faceta fundamental da *mindfulness*, que é a de se concentrar em estar com as dificuldades, em vez de automaticamente e ineficazmente tentar corrigi-las. O instrutor também enfatiza que o melhor conhecimento sobre si está no

paciente e não no instrutor e que a colaboração entre os dois é o melhor meio de fazer uso das práticas.

Embora não explicitamente enquadrado como tal para os participantes, o processo da discussão em grupo é, de fato, uma prática de *mindfulness* em si, em que instrutor e participantes ouvem e falam conectados ao presente e sem julgamentos, em contraste com uma tendência geral de tentar corrigir dificuldades ou planejar o que dizer a seguir (Felder et al., 2012).

Através das práticas em grupo e em casa, os participantes desenvolvem habilidades e atitudes de *mindfulness*, como foco, sustentação e mudança de atenção, além de aceitação de sua experiência de momento presente, incluindo sensações sentidas no corpo, sem julgamento ou elaboração. Os participantes são encorajados a usar as sensações físicas da respiração e do corpo como "âncoras" para a atenção, quando esta vagueia ou se dispersa.

Outro aspecto importante do MBSR e do MBCT é a exigência feita por seus autores de que os instrutores dos programas tenham eles mesmos uma extensiva experiência pessoal com as práticas e fundamentos da *mindfulness* antes de passarem os ensinamentos adiante (Kabat-Zinn 1990; Segal et al., 2002). Assim como os professores de natação precisam ser capazes de nadar, também os instrutores de *mindfulness* precisam do conhecimento experiencial que vem do controle das ondas, do fluxo e refluxo de suas experiências internas (Segal et al., 2002).

Embora as IBAPs estejam em uso há mais de 20 anos, foi apenas mais recentemente que foram realizados esforços para estabelecer um consenso sobre sua definição operacional, seus elementos e seus processos (Bishop et al., 2004; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2006). Três elementos primários foram propostos como componentes no processo de *mindfulness*: atitude, atenção e intenção (Shapiro et al., 2006). As atitudes particulares deste processo incluem o não-julgamento, a aceitação, a confiança, a paciência, a curiosidade e a bondade (Bishop et al., 2004; KabatZinn, 1990; Shapiro et al., 2006). Já a componente de atenção inclui a atenção focada, ampla e sustentada e habilidades para mudar a atenção de um estímulo para outro. Por fim, há uma intencionalidade para dirigir, sustentar ou mudar a atenção. A atenção intencional pode ser considerada como a autorregulação da atenção (Bishop et al., 2004).

Shapiro et al. (2006) propõem que os três elementos (atitudes, atenção e intenção) são aspectos simultâneos e interligados do processo de *mindfulness*. Este processo permite o desenvolvimento de uma perspectiva descentrada sobre as próprias experiências, de uma postura não julgadora, objetiva e não-elaborativa, testemunhando pensamentos, sensações e emoções como fenômenos transitórios. Isso potencialmente leva a uma mudança pessoal, a partir da observação, reconhecimento e desprendimento dos padrões habituais ou dos estados

mentais, e da possibilidade de responder mais reflexivamente, em vez de apenas reagir (Baer, 2003; Segal et al., 2002; Shapiro et al. 2006).

1.2.2 Investigações e evidências sobre os benefícios da prática de mindfulness

Existe um crescimento significativo e contínuo na base de investigação empírica que avalia a eficácia das intervenções MBSR e MBCT, além de outras IBAPs com populações adultas clínicas e não-clínicas. Estudos clínicos de MBSR com adultos demonstraram benefícios no tratamento da dor crônica, estresse, ansiedade, psoríase, distúrbios alimentares, fibromialgia, abuso de substâncias e com pacientes com câncer (Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Campbell, Labelle, Bacon, Faris, & Carlson, 2012; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink, & Walach, 2011; Grossman et al., 2004; Ivanovski & Malhi, 2007; Shigaki et al., 2006).

Tendo como foco as populações clínicas, observou-se que, no que diz respeito aos distúrbios psiquiátricos, a MBSR reduz os sintomas de angústia, ansiedade e depressão e ensina habilidades de enfrentamento aos pacientes para lidar com esses sintomas. Já com relação às doenças físicas, a MBSR complementa o tratamento médico, aliviando o sofrimento psicológico e fortalecendo o bem-estar. (Fjorback et al., 2011).

A MBCT mostrou-se extremamente benéfica no tratamento da depressão, tendo demonstrado resultado equivalente a medicamentos antidepressivos e possibilitado a redução do uso de medicamentos antidepressivos sem recaídas (Fjorback et al., 2011). Foi verificado resultado positivo no tratamento da ansiedade generalizada, da bipolaridade, do transtorno de personalidade borderline, do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e em pacientes com câncer (Evans et al., 2007; Foley et al., 2007; Sachse, Keville, & Feigenbaum, 2010; Segal et al., 2002; Shoemberg et al., 2013; Williams et al., 2006; Williams et al., 2008).

A MBCT apresentou maior efeito para pacientes com três ou mais episódios de depressão (Fjorback et al., 2011). Da mesma forma, a MBSR foi mais efetiva na redução da ansiedade em pacientes com depressão grave ou moderada, tendo sido superada pela TCC nos casos em que não havia depressão ou havia uma depressão leve, como demonstrou estudo com 105 veteranos de guerra norte-americanos (83% homens, idade média= 46 anos) (Arch & Ayers, 2013).

Outras IBAPs semelhantes à MBSR e à MBCT tiveram resultado positivo em casos de Parkinson, como demonstrado em estudo longitudinal controlado e randomizado realizado na Bélgica com 27 participantes (Pickut et al., 2013), e de Alzheimer, conforme demonstrado em revisão de literatura conduzida por Larouche, Hudon e Goulet (2015). Nestes casos, os efeitos

das práticas são preventivos, atuando principalmente em fatores que potencializam o surgimento e avanço destas doenças, como sintomas depressivos, estresse e inflamações, ajudando a prevenir um declínio e degeneração da massa cinzenta.

IBAPs foram também relacionadas à melhor qualidade de sono e melhor saúde física, como demonstrado em estudo controlado e randomizado realizado com 75 voluntários saudáveis nos EUA (Zeidan, 2015). Até IBAPs breves, diferindo do protocolo tradicional de aproximadamente oito semanas, como seguido pela MBSR e pela MBCT, constituídas por uma semana ou menos, tiveram efeitos positivos, como melhoras cognitivas, redução na dor e no estresse. Observou-se, no entanto, que uma prática mais extensiva (de três anos ou mais) proporcionou uma redução ainda maior no incomodo causado pela dor, sem redução da percepção da mesma, como demonstrado em estudo norte-americano realizado com nove praticantes antigos e dez praticantes recentes de *mindfulness* pareados em idade, sexo e condições socioeconômicas (Perlman, Salomons, Davidson, & Lutz, 2010).

O tipo de IBAP também influencia no efeito alcançado. Lumma, Kok e Singer (2015) relatam os diferentes efeitos de práticas utilizando a meditação com foco na respiração, a meditação compassiva e a meditação de observação dos pensamentos, através da observação em 80 participantes saudáveis na Alemanha. Estas autoras observaram que a frequência cardíaca (FC) e o esforço foram maiores durante a meditação compassiva e de observação de pensamentos em comparação com a meditação focada na respiração. Com treinamento ao longo do tempo, a FC e a experiência subjetiva de esforço diminuiram. Em contraste com as crenças implícitas de que a meditação é sempre relaxante e associada com pouca excitação, Lumma et al. (2015) mostram que as meditações visando melhorar a compaixão e as habilidades metacognitivas requerem esforço e estão associadas à excitação fisiológica em comparação com a meditação respiratória.

De um modo geral, as IBAPs são um tratamento eficaz para uma variedade de problemas psicológicos, e são especialmente eficazes para reduzir a ansiedade, a depressão e o estresse, tendo-se clareza da manutenção dos resultados a longo prazo nestes casos. No entanto, os mecanismos pelos quais estas práticas alcançam esses benefícios permanecem um tanto obscuros. O aprimoramento do senso de controle e da precisão da percepção e o aumento da tolerância, aceitação, paciência e coragem para lidar com eventos de vida imprevisíveis parecem desempenhar um papel importante (Fjorback et al., 2011). Foi observado aumento do afeto positivo, diminuição do afeto negativo, capacidade de manter contato com experiências aversivas e redução de respostas emocionais automáticas não-adaptativas, através de revisão sistemática de literatura conduzida por Khoury et al. (2013).

Arch e Craske (2006) realizando um experimento com a apresentação de imagens positivas, negativas ou neutras para 60 estudantes de faculdade da Califórnia (EUA), mostraram como a IBAP breve foi capaz de provocar mais afeto positivo em resposta à exposição a imagens neutras e exibição de menos afetos negativos e volatilidade emocional e maior disposição para ver as imagens mais negativas. A capacidade de reestruturação emocional após a indução ao humor triste foi demonstrada como significativamente mais rápida através de uma IBAP breve, do que através de uma distração qualquer, como, por exemplo, escutar uma música, como demonstrou estudo realizado com 139 mulheres e 38 homens norte-americanos (Broderick, 2005). Estudos com MBSR mostraram a diminuição do medo das emoções, da preocupação, da ruminação, do estresse percebido e de dificuldades com a regulação emocional (Robins, Keng, Ekblad, & Brantley, 2012; Shapiro et al., 2008).

Zeidan (2015) sintetiza estes aspectos destacando a importância da regulação emocional como a chave para os efeitos da *mindfulness*. O aumento da capacidade de *mindfulness* permite uma maior clareza emocional, isto, é uma capacidade maior de diferenciar entre as emoções e conseqüentemente responder de forma mais precisa e adaptativa a elas.

Arch e Landy (2015) acreditam que a *mindfulness* através da promoção da aceitação sem julgamentos dos estímulos e experiências, tal como eles ocorrem, leva a um processamento mais efetivo das emoções “primárias” (raiva, tristeza, medo, alegria), com conseqüente menor necessidade de respostas emocionais secundárias, tais como a ruminação, a supressão e a evitação. A *mindfulness* reduz o valor de ameaça de experiências aversivas (modifica a avaliação), altera a geração da resposta emocional à experiência aversiva (modifica a resposta emocional), aumenta a capacidade de tolerância, de regulação e de recuperação de emoções negativas provocadas por experiências aversivas, aumentando, desta forma, a capacidade de enfrentamento. Além da mudança no relacionamento com as emoções negativas, há uma mudança no relacionamento com as emoções positivas, que são acompanhadas por maior gratidão e contentamento (Arch & Landy, 2015).

Taylor et al. (2011) pontuam que IBAPs mais extensivas provocam uma maior aceitação e estabilidade emocional e atenção ao momento presente, enquanto práticas mais breves provocam prioritariamente um maior controle emocional, demonstrado através de estudo com 12 praticantes de longa data e 10 iniciantes na prática de *mindfulness*, no Canadá. Conseqüentemente, os que tinham práticas mais extensivas mostraram uma melhor capacidade funcional executiva, o que, para Teper e Inzlicht (2013), é devido a estes praticantes não precisarem utilizar sua capacidade funcional executiva para inibição e controle emocional,

podendo assim utilizá-la para outras atividades. Assim sendo, praticantes de longo prazo respondem com menos esforço e estresse a provocações emocionais.

Outro estudo que mostra a atuação da *mindfulness* no controle emocional é o de Farb et al. (2010). Estes autores canadenses mostraram que tanto pacientes submetidos ao MBSR quanto grupo controle, num estudo com um total de 36 participantes, tiveram respostas semelhantes com relação à tristeza sentida após a visualização de vídeos tristes. No entanto, na imagem de ressonância magnética dos dois grupos, foi constatada grande diferença nas áreas cerebrais ativadas. No grupo que participou da MBSR foram ativadas áreas mais relacionadas à experiência de sensações corporais. A maior ativação destas áreas se correlacionou com níveis menores de depressão. Os autores argumentaram que o treinamento da *mindfulness* ajudou os participantes a direcionar a atenção para as sensações corporais associadas às emoções, em vez de se prenderem à tendência à conceitualização, verbalização e processo elaborativo da emoção. Isto parece mostrar um caminho pelo qual o treinamento da *mindfulness* reduz a vulnerabilidade à tristeza.

Tal como no estudo acima, outros foram conduzidos com o objetivo de investigar a *mindfulness* na sua interface com as neurociências. Zeidan (2015) ressalta que os efeitos neurobiológicos da *mindfulness* variarão de acordo com os diferentes níveis de treinamento. Esse autor destaca que, em um nível mais básico, ou seja, em apenas três ou quatro dias de prática, ou mesmo para pessoas sem treino, mas que se verificou terem um nível maior de *mindfulness*, há uma atividade maior no córtex pré-frontal (CPF) e no córtex anterior cingulado (CAC). Estas regiões estão ligadas a uma habilidade metacognitiva de identificar e reconhecer experiências subjetivas que estejam ocorrendo.

Zeidan (2015) explica ainda que as práticas de *mindfulness* aumentam a atividade em áreas ligadas à percepção sensitiva, já que a *mindfulness* estimula o aumento da atenção aos sentidos em geral. Desta forma, verifica-se maior atividade na ínsula anterior e no córtex somatossensorial em todos os níveis de treinamento. No entanto, para os iniciantes no treinamento, devido a uma necessidade de um maior esforço de concentração e inibição, verificou-se uma atividade maior no CPF e no CAC e uma inibição no tálamo e na amígdala, que são regiões cerebrais mais envolvidas no processamento inicial do sensorial e do emocional, respectivamente.

O tálamo está relacionado com o processamento da dor e a amígdala está relacionada com o processamento do medo e da ansiedade (Zeidan, 2015). A inibição destas duas áreas pelo CPF está ligada ao processo de resignificação cognitiva, através de uma reinterpretção do significado de um evento sensorial. Isto é, um evento sensorial é visto sem juízo de valor, sem

estar ligado a nenhuma característica negativa, simplesmente é percebido e não julgado. Isto explica a redução de dor, medo e ansiedade provocada pela *mindfulness*. Além do CPF e do CAC, outra estrutura, o córtex orbitofrontal bilateral, envolvida na mudança da interpretação das experiências sensoriais, se revelou ativada.

Posteriormente, com o maior nível de treinamento, a atividade no CPF reduziu e aumentou a atividade na ínsula anterior e no córtex somatossensorial (Zeidan, 2015). A longo prazo, verificou-se um aumento de tamanho da ínsula (estrutura ligada a percepção sensorial) e redução de tamanho da amígdala (estrutura ligada ao processamento emocional).

Foram demonstradas mudanças funcionais e estruturais no córtex pré-frontal, no córtex cingulado, na ínsula e no hipocampo, que foram evidenciadas tanto em praticantes de meditação tradicional, de longo-prazo, quanto em pacientes submetidos a MBSR. Além disso, a MBSR levou a alterações na amígdala, consistentes com a melhoria da regulação emocional (Gotink, Meijboom, Vernooij, Smits, & Hunink, 2016). Esses achados indicam que as mudanças emocionais e comportamentais induzidas pelo MBSR estão relacionadas a mudanças funcionais e estruturais no cérebro.

Outras mudanças decorrentes da prática de *mindfulness* foram alterações nos eletroencefalogramas de pacientes submetidos a MBCT, coincidindo com menor sintomatologia de hiperatividade, impulsividade e desatenção e com uma habilidade aumentada de "atenção com consciência". Além disso, houve aumento das amplitudes de potenciais relacionados a eventos associados com saliência motivacional e consciência de erro, levando a uma melhor regulação inibitória. Tais resultados sugerem um amplo efeito da prática na regulação de deficiências no funcionamento do córtex pré-frontal, como demonstrado em estudo holandês controlado randomizado realizado com 50 adultos diagnosticados com déficit de atenção (Schoenberg et al., 2013).

Foi observado um aumento da conectividade entre a rede neural de modo padrão (que é o modo de funcionamento do cérebro em estados passivos, de descanso) e as regiões de controle executivo após o treinamento em *mindfulness*, que parece estar subjacente a uma maior capacidade de transferência volitiva de atenção. Registrou-se aumento do córtex cingulado posterior e da conectividade funcional de estado de repouso do córtex pré-frontal dorsolateral após IBAP, o que foi relacionado à melhoria de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, avaliado em 36 veteranos de guerras em estudo controlado randomizado realizado nos EUA (King et al., 2013).

Apesar do grande avanço nos estudos sobre os efeitos benéficos das IBAPs, com o auxílio de técnicas sofisticadas de investigação das neurociências, alguns aspectos importantes

ainda precisam ser mais extensivamente abordados. Pouco se sabe, por exemplo, sobre fatores que podem influenciar nos efeitos das práticas, tal como o treinamento dos terapeutas que as conduzem.

Segundo Khoury et al. (2013), apesar de poucos estudos quantificarem o treinamento dos terapeutas, foi possível verificar em meta-análise que o treinamento dos profissionais em *mindfulness*, mas não o seu treinamento clínico geral, influenciou os resultados clínicos no final do tratamento. Khoury et al. (2013) relataram ainda que a duração do tratamento e o uso ou não, bem como a frequência, de lições para casa, não afetaram significativamente a eficácia das IBAPs, segundo sua revisão de literatura. Estes autores acreditam que os melhores preditores de eficácia destas práticas são, provavelmente, a realização e a duração real da prática de meditação em casa, porque medem a motivação e podem indicar se os participantes acham a intervenção útil.

1.2.3 Programas de intervenção envolvendo a prática de mindfulness em crianças e em pacientes com câncer

Além dos programas de *mindfulness* para adultos, com o tempo, foram se constituindo diversos programas voltados para crianças, que obtiveram bons resultados. Estes programas se dirigiram para crianças desde os quatro anos de idade (Cosnahan, Heppner, Chiang, Anderson, & Bowen, 2015) e muitos programas voltados para crianças na fase escolar.

Flook et al. (2010) realizaram um programa com 64 crianças norte-americanas de sete a nove anos, que participaram de 16 sessões de 30 minutos de duração cada, ocorridas duas vezes na semana, em sua própria escola. Nas sessões, as crianças praticavam a meditação (sentadas e deitadas), o escaneamento corporal e atividades e jogos que promovem consciência sensorial, regulação da atenção, consciência de outras pessoas ou consciência do meio ambiente. O programa teve como resultado uma melhora na capacidade de atenção das crianças.

Napoli, Krech e Holley (2005) realizaram um programa com 194 crianças norte-americanas de seis a nove anos, que participaram de 12 sessões de 45 minutos de duração cada, ocorridas quinzenalmente, em sua própria escola. Nas sessões, as crianças praticavam a meditação (sentada e andando), o escaneamento corporal e o relaxamento. O programa teve como resultado uma redução na ansiedade, melhora na capacidade de atenção e em habilidades sociais das crianças.

Semple, Reid e Miller (2005) realizaram um programa com cinco crianças norte-americanas de sete a nove anos, que participaram de seis sessões de 45 minutos de duração

cada, ocorridas semanalmente, em sua própria escola. Nas sessões, as crianças praticavam a *mindfulness* integrada à respiração, andando e relacionada aos cinco sentidos. O programa teve como resultado uma melhora na capacidade de atenção, no desempenho acadêmico e reduções no comportamento problemático relatado pelo professor.

A análise desses programas, além de fornecer um panorama a respeito das iniciativas existentes, também contribuiu para a escolha da faixa etária dos participantes do estudo empírico dessa tese, uma vez que se verificou a ausência de IBAPs voltadas para pacientes oncológicos com as idades aqui definidas. São também idades próprias de um momento do desenvolvimento com que mais comumente a autora dessa tese de se depara em sua atuação profissional. Destaca-se que programas voltados para crianças tenham uma proposta diferenciada da dos adultos, com o uso, por exemplo, de metáforas, que permitem que ideias abstratas possam ser descritas e entendidas em termos concretos, já que crianças menores de 12 anos ainda não possuem raciocínio hipotético e abstrato bem desenvolvido (Stallard, 2002). Quanto menor a criança, mais simples devem ser os exercícios, como prestar atenção ao som de um sino até que este desapareça e levantar sua mão quando não for mais capaz de ouvi-lo, ou prestar atenção em sua respiração, olhando seu abdômen subir e descer, podendo-se colocar, por exemplo, um bichinho de pelúcia sobre o abdômen para que seja mais fácil observar sua subida e descida (Zelazo & Lyons, 2011).

Resumidamente, o importante é que os exercícios de *mindfulness* para crianças tenham instruções claras, concretas e bem descritivas. Inicialmente, busca-se que a criança foque a atenção em algo mais concreto, como o ambiente ao redor, depois voltando-se para o corpo e finalmente introduzindo a atenção para a mente. O tempo de foco da atenção deve ser aumentado gradualmente, não ultrapassando, de início, os cinco minutos. O uso da criatividade e da imaginação é bem-vindo, sendo possível a utilização de filmes, desenhos animados e livros ilustrados. O uso do humor também funciona bem nesta fase do desenvolvimento (Hooker & Fodor, 2008).

Geralmente, os programas realizados com crianças são baseados na MBSR e na MBCT, já citadas anteriormente. O tempo de duração dos programas é bem variado, compondo de seis a 24 semanas. Os exercícios incluídos nos programas também variam, podendo conter meditação sentada, em movimento, conscientização corporal e dos sentidos, tal qual o paladar, e/ou relaxamento corporal (Burke, 2010).

Já foi demonstrado que as IBAPs com crianças e adolescentes aumentam a capacidade de autorregulação emocional, o que ocasiona benefícios duradouros, como a melhora na performance escolar (Blair & Razza, 2007) e no desenvolvimento social e emocional (Bierman

et al., 2008). Observou-se diminuição nos níveis de ansiedade, melhoras no absenteísmo em escolas, em infrações a regras, em problemas de atenção, na autoestima, menos dias de suspensão na escola devido a problemas comportamentais, níveis menores de agressividade, bullying e melhor funcionamento adaptativo (Black, Milan, & Sussman, 2009). Com relação à diminuição de sintomas depressivos, os estudos foram inconclusivos (Black et al., 2009).

Com relação a mudanças fisiológicas, estudos verificaram que as IBAPs com crianças e adolescentes puderam proporcionar uma melhora na pressão arterial sistólica, na vasodilatação dependente do endotélio reativa a hiperemia (um indicador de disfunção endotelial) e na taxa de excreção urinária de sódio (um indicador do manejo do sódio). Por outro lado, não houve resposta das intervenções com relação à pressão arterial diastólica e os resultados foram inconclusivos com relação a melhoras na frequência cardíaca (Black et al., 2009).

Não foram encontrados programas de intervenção para crianças com câncer baseados na *mindfulness* documentados. Apenas dois estudos foram encontrados na literatura científica, sendo que são voltados apenas para adolescentes. O primeiro estudo refere-se a uma IBAP com adolescentes com câncer, bastante recente e, mesmo assim, com alguns problemas metodológicos, tais como a ausência de randomização, a não equivalência entre os dois grupos avaliados e o tamanho reduzido da amostra (Malboeuf-Hurtubise et al., 2015). Participaram deste estudo 14 adolescentes (sete no grupo de intervenção e sete no grupo controle) de 11 a 18 anos com diagnóstico de câncer. O programa é uma adaptação do MBSR, que conta com atividades variadas como a *mindfulness* em movimento, exercícios de *mindfulness* usando os cinco sentidos, etc. Trata-se de oito sessões realizadas em grupo com frequência semanal, duração de 90 minutos, e com tarefas levadas para casa.

O estudo não encontrou resultados significativos na comparação entre o grupo da intervenção e o grupo controle no que diz respeito à depressão, ansiedade, afeto positivo e negativo, qualidade de vida e qualidade de sono, avaliados através de escalas específicas. O número de participantes, que acabou sendo muito pequeno devido a muitas recusas e incompatibilidade com horários escolares, além de muitas faltas dos adolescentes às sessões, pode ter contribuído para não ter sido encontrado nenhum impacto da IBAP.

Outro estudo recente descreveu o programa PRISM (Promovendo Resiliência no Manejo do Stress) que se valeu de estratégias baseadas na *mindfulness*, dentre outras práticas já relatadas em seção anterior (Rosemberg et al., 2015).

Embora existam poucos estudos sobre adolescentes com câncer e nenhum para uma faixa etária abaixo de 11 anos, há diversos estudos com pacientes adultos com câncer. Nestes

estudos, observou-se que, através dos elementos da aceitação e da compreensão, em oposição à evitação, e da percepção da impermanência de todas as coisas, os pacientes conseguem lidar melhor com a falta de controle, o sentimento de incerteza e as mudanças constantes, que são os aspectos mais difíceis para um processo de enfrentamento à doença (Carlson, 2013). Isto porque, segundo Moraes e Enumo (2008), situações de menor controle, tais como lidar com o câncer, evocam mais frequentemente o enfrentamento focalizado na emoção, tal como o que é favorecido pelas IBAPs. Além disso, a *mindfulness* diminui a supressão de pensamentos relacionados à morte, aumentando o desejo de se engajar a estes pensamentos, facilitando assim o contato, a elaboração e a aceitação do tema mais temido e mais frequentemente ligado ao câncer (Niemiec et al., 2010).

Linda Carlson, professora nos departamentos de oncologia e psicologia da Universidade de Calgary (EUA), psicóloga clínica e diretora de pesquisa do Tom Baker Cancer Center, é uma das precursoras das IBAPs com pacientes adultos com câncer. Ela e sua equipe desenvolveram em meados dos anos 90 o programa Baseado na *Mindfulness* para Recuperação do Câncer (em inglês MBCR) (Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000).

O MBCR é uma adaptação do MBSR. Tal como este último, é composto por oito sessões com um retiro de fim de semana e deveres para casa, mas as sessões são mais curtas (de 1,5 a 2 h) em função da energia limitada de muitos dos pacientes com câncer. Os princípios e práticas são essencialmente os mesmos, com exceção de um material específico sobre como lidar com o câncer, com algumas estratégias de enfrentamento cognitivo baseadas em princípios de TCC, e um foco adicional em sintomas tais como insônia, dor e medo de recidiva da doença.

Os pacientes que se submeteram ao programa melhoraram significativamente os estados de humor e os sintomas de estresse, mais do que aqueles na condição controle, com melhorias de aproximadamente 65% no humor e 35% nos sintomas de estresse. Esses pacientes, assim como o grupo controle, foram seguidos até seis meses após a conclusão do tratamento e constatou-se que benefícios semelhantes foram mantidos durante o período de seguimento. As principais melhorias associadas ao tratamento foram vistas com relação à ansiedade, à depressão e à irritabilidade, e mais tarefas em casa foram associadas com maior redução no mal-estar mental como um todo (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Specia, 2001).

Após este estudo inicial, muitos outros estudos sobre o uso de IBAP em pacientes adultos com câncer foram realizados nos últimos 15 anos. Através de medidas padronizadas e autorrelato do paciente, diversos estudos descobriram que as IBAPs reduzem a ansiedade e o estresse, aumentando a capacidade de enfrentamento dos pacientes com câncer, sua resiliência, sua espiritualidade e sua qualidade de vida durante o tratamento (Carlson et al., 2014; National

Cancer Institute, 2012; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Da mesma forma, Speca et al. (2000) descobriram que as IBAPs reduzem perturbações no humor e irritabilidade emocional em pacientes com câncer, reduzindo consequentemente problemas fisiológicos, tais como sintomas cardiopulmonares e gastrointestinais.

Independentemente do conteúdo de uma intervenção, o fato de estar em um grupo com outros pacientes semelhantes, compartilhando experiências pessoais pode criar sentimentos de apoio social. Por sua vez, a frequência e a qualidade das redes sociais têm sido frequentemente correlacionadas positivamente com o bem-estar e saúde (Reblin & Uchino, 2008), explicando potencialmente os efeitos de intervenções. Com relação às IBAPs, mais especificamente, constatou-se, através de uma meta-análise com base em 14 estudos qualitativos, que o apoio social pode desempenhar um papel importante para seus efeitos (Malpass et al., 2012). Além do apoio social, outros fatores, como a atenção do terapeuta e uma expectativa positiva com relação à intervenção, podem impactar o efeito das IBAPs (Van Der Lee & Garssen, 2012).

O estudo de Henderson et al. (2012), por exemplo, mostra os resultados alcançados com as IBAPs em pacientes com câncer, comparados com uma lista de espera, e relata que a melhora na ansiedade, estado de humor e controle emocional foi significativamente superior nestas, com resultados válidos até 24 meses após. No entanto, quando comparado a outros programas, como grupos educacionais, os benefícios foram semelhantes, mas mais acelerados nas IBAPs e com uma maior habilidade no que diz respeito à regulação emocional.

Carlson et al. (2013) relataram maiores benefícios no que diz respeito ao estado de humor, à redução do estresse e melhoria de qualidade de vida, comparando o MBCT com uma terapia já de efeito comprovado para pacientes com câncer, que é a Terapia Expressiva de Suporte (*Support Expressive Therapy*, SET) e com um seminário de manejo do estresse. O controle da insônia em pacientes com câncer foi avaliado através do tratamento com a MBSR em comparação com a TCC. Inicialmente, os pacientes submetidos à TCC tiveram melhor resultado, mas, nos resultados após três meses, as duas intervenções tiveram efeitos semelhantes (Garland, Carlson, Antle, Samuels, & Campbell, 2011).

Outros estudos apontam para a eficácia de IBAP na alteração da função cerebral e na mudança de padrões de pensamento e atitudes, que podem ajudar os indivíduos a abordar seus diagnósticos de maneiras emocionalmente mais saudáveis (Davidson et al., 2003; Hooker & Fodor, 2008). Outras pesquisas descobriram que mesmo programas de curto prazo baseados na *mindfulness* podem ser eficazes na alteração da função imune, um componente importante para a saúde de pacientes submetidos a tratamento oncológico (Davidson et al., 2003).

A avaliação de biomarcadores, tais como o cortisol na saliva e índices da função imune, é importante como medição de estresse e indicação de progressão do câncer. Estudos mostraram que intervenções com MBSR em pacientes com câncer reduziram substâncias inflamatórias, que favorecem um avanço do câncer (Lengacher et al., 2012; Lengacher et al., 2013), e reduziram o cortisol na saliva (Carlson et al., 2013), associado a um pior prognóstico da doença, como foi visto em pacientes com câncer de mama metastático em que maiores índices de cortisol foram relacionados a menor sobrevida (Sephton, Sapolsky, Kraemer, & Spiegel, 2000).

Também foi visto que pacientes que receberam MBSR apresentaram uma recuperação mais rápida de células T funcionais, enquanto que a recuperação substancial de células B e *natural killer* (NK) após a conclusão do tratamento do câncer parece ocorrer independente das intervenções de redução do estresse (Lengacher et al., 2013). Isto significa uma melhora na resposta imune em prazo mais rápido do que na ausência da intervenção.

Outro marcador físico importante para pacientes com câncer é a pressão arterial, pois, devido à toxicidade do tratamento, estes pacientes apresentam um alto risco de doença cardiovascular. Foi demonstrada redução da pressão sistólica ao longo do programa de MBSR em mulheres com variados tipos de câncer que apresentavam pressão alta, comparado a uma lista de espera (Campbell, Labelle, Bacon, Faris, & Carlson, 2012).

Foi comprovada eficácia da MBCT para o tratamento da fadiga crônica relacionada ao câncer (FCRC). Logo após a intervenção de nove semanas, um terço dos pacientes não estava mais sofrendo de FCRC, em comparação com 4% no grupo da lista de espera inativo. Além disso, o bem-estar dos participantes da MBCT foi maior em comparação com o grupo controle. Comparada ao relato de efeitos de um programa de atividades em casa, a MBCT foi mais benéfica com relação à redução da FCRC e foi comparável aos efeitos relatados de um grupo de TCC, embora tenha sido menos efetiva do que a TCC individual de duração de seis meses (Van Der Lee & Garssen, 2012).

Uma das dificuldades na realização das IBAPs com pacientes com câncer é a grande debilidade física em que muitas vezes estes pacientes se encontram, dificultando a possibilidade de terem uma regularidade presencial nas atividades. Uma das propostas para contornar este problema é a realização das atividades na casa dos pacientes (Lehto, Wyatt, Sikorskii, Tesnjak, & Kaufman, 2015).

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1 Justificativa

IBAPs com crianças fora do contexto hospitalar e de tratamento médico já existem em um bom número e sua eficácia vem sendo observada e relatada (Semple, Reid, & Miller, 2005; Saltzman & Goldin, 2008; Wall, 2005). O mesmo se dá com relação às IBAPs com adultos com câncer (Carlson, 2013). No entanto, programas que reúnam essas duas condições, que sejam viáveis de serem aplicados a crianças em ambiente hospitalar e efetivos no favorecimento ao enfrentamento da doença e seu tratamento, como o aqui proposto, ainda parecem bastante raros e se considera oportuno e profícuo que sejam desenvolvidos.

As crianças em tratamento oncológico não são diferentes das crianças saudáveis, no sentido de manterem em si sua capacidade lúdica e de aprendizagem. Para isto, busca-se sempre favorecer no hospital locais em que elas possam viver experiências não apenas de tratamento, mas também de brincadeira e aprendizagem, o que tem um efeito terapêutico importante para elas (Motta, 2007). São exemplos destas tentativas, as brinquedotecas e classes hospitalares, presentes no INCA e também em outros hospitais. Desta forma, já que foram vistos como adequados os programas de *mindfulness* para crianças, estes podem ser interessantes também no contexto hospitalar. Adaptações precisam ser realizadas, tal qual são realizadas também nos casos da brinquedoteca e classe hospitalar, que não são evidentemente locais de brincadeira e de estudo idênticos aos usados por crianças fora do contexto do tratamento.

Além dos benefícios que acreditamos que estes programas trarão para as crianças no hospital, semelhantes aos que trazem para as crianças saudáveis, acreditamos que estes programas terão, com estas crianças em particular, benefícios adicionais especiais, tal como foi avaliado nos casos de adultos com câncer. Tais benefícios seriam o de uma redução da ansiedade e melhor aceitação da ruptura na rotina destas crianças devido ao câncer. Esta ruptura é sentida de forma ainda mais abrupta em crianças do que em adultos, já que estas não viveram em geral ainda nenhuma grande mudança em suas vidas, o que já é mais comum de ter acontecido com adultos.

O manejo da imprevisibilidade e da falta de controle é favorecido pelas práticas de *mindfulness* de forma mais ampla que as intervenções tradicionais e isto justifica o interesse dessa proposta. A *mindfulness*, através do desenvolvimento da capacidade de aceitação sem julgamento, proporciona um maior contato com os sentimentos e melhor regulação dos mesmos, favorecendo, portanto, o enfrentamento de controle secundário, de aproximação ao estressor e de foco na emoção.

2.2 Objetivo geral

Elaborar, implementar e avaliar as contribuições de um programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento, de caráter exploratório, com utilização da prática de *mindfulness* e o propósito de favorecer nas crianças com câncer o processo de enfrentamento, promovendo a redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor manejo da dor.

2.3 Objetivos específicos

- Estruturar um programa exploratório com uso de práticas de *mindfulness*, visando favorecer o enfrentamento do câncer e seu tratamento em crianças, promovendo a redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor manejo da dor;
- Implementar o programa exploratório no INCA;
- Avaliar as contribuições do programa exploratório e identificar suas possíveis necessidades de aprimoramento.

3 MÉTODO

3.1 Participantes

Participaram deste estudo quatro crianças de sete a nove anos, sendo uma menina, que se encontravam em tratamento de câncer hematológico na fase de indução (primeiros ciclos da quimioterapia), no INCA, no Rio de Janeiro.

Das quatro crianças, três foram meninos de sete anos e uma foi uma menina de nove anos. Todos residiam no Estado do Rio de Janeiro, sendo dois na capital, um no município próximo de Nova Iguaçu e outra no município mais distante de Campos dos Goytacazes. Uma das crianças tinha pais mais novos, de 22 e 24 anos, e as outras três, pais com idades entre 27 e 35 anos, com média de 30,8 anos ($dp = 2,64$). Duas crianças tinham um dos pais com nível de escolaridade correspondendo ao Ensino Médio completo e o outro com Ensino Médio incompleto, uma tinha ambos com o Ensino Fundamental incompleto, e uma tinha um dos pais com Ensino Fundamental incompleto e o outro com Ensino Médio incompleto. No capítulo que trará os resultados, para cada caso, a idade e escolaridade da mãe e do pai da criança estão descritos.

O diagnóstico das crianças eram dois Linfomas de Burkitt, um Linfoma Linfoblástico e uma Leucemia Linfoblástica Aguda. Com relação ao tempo de tratamento, uma das crianças já estava há cinco meses se tratando no INCA, estando em sua quinta internação e os outros estavam em sua primeira internação, uma já havia um mês e duas há uma semana no INCA. Os dados específicos de cada criança constarão da apresentação de resultados.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Formulário de identificação (Apêndice A)

Formulário para identificação dos participantes do estudo. Neste formulário, foram informados: matrícula da criança no INCA, nome da criança, da mãe e do pai, endereço e telefones para contato. Cabe ressaltar, que foi garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes aos participantes da pesquisa, sendo mantido o formulário de identificação arquivado em local seguro durante o decorrer da pesquisa apenas para o caso da necessidade de contatar os participantes.

3.2.2 Dados sociodemográficos e de internação (Apêndice B)

Formulário com informações sociodemográficas: data da aplicação do formulário, idade e data de nascimento da criança e dos pais, sexo da criança, cidade de moradia, escolaridade dos pais, diagnóstico, fase e periodicidade do tratamento, dados de cada internação (data da internação, tempo de permanência, motivo da internação).

3.2.3 Formulário de registro das sessões (Apêndice C)

Formulário para registro das informações consideradas necessárias pelo(a) facilitador(a), relacionadas a cada sessão do programa exploratório, incluindo as datas de realização, o cumprimento ou não da estrutura prevista, descrição de eventuais intercorrências e anotações que pareçam relevantes para a avaliação e análises da aplicação do programa.

3.2.4 Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH) (Apêndice D)

Este instrumento, desenvolvido por Motta (2007) e utilizado em outros estudos (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010), é composto por um *software* com 20 cenas sobre situações cotidianas no ambiente hospitalar, para identificar o que as crianças fazem, pensam e sentem em sua condição de hospitalização, permitindo analisar suas estratégias de enfrentamento a partir das justificativas dadas às escolhas das cenas. O AEH pode ser utilizado em versão impressa ou informatizada e foi escolhida a versão impressa para ser usada nesse estudo pela praticidade e simplicidade de recursos que requer sem prejuízo dos resultados

Foi realizada uma adaptação do instrumento, tendo sido eliminadas três cenas (cena 9- desanimar, cena 11- fazer chantagem e cena 19- pensar em milagre) em que houve, no estudo-piloto, dificuldade de compreensão pelas crianças do que as cenas representavam. Na aplicação realizada no estudo, portanto, foram usadas 17 cenas.

3.3 Programa

O *Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento* (PECI-MIND) (Apêndice E), de caráter exploratório e utilizando práticas de *mindfulness*, foi elaborado

visando a promoção de estratégias de enfrentamento do câncer e seu tratamento, promovendo a redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor manejo da dor. É composto por diversas atividades que têm como objetivo favorecer princípios da *mindfulness*, como a conscientização e aceitação sem julgamento dos pensamentos, sentimentos e acontecimentos, a autorregulação emocional, o autocontrole, o foco no presente, ao invés de no passado e no futuro, e o foco na experiência, ao invés do foco nos (pré)conceitos. Para a definição da estrutura do PEGI-MIND e seleção, elaboração e preparação das atividades, foram consultadas as IBAPs já realizadas em crianças e adolescentes por Malboeuff-Hurtubise (2014), Saltzman e Goldin (2008), Wall (2005) e Semple, Reid e Miller (2005). A partir desses estudos foram adaptadas tarefas e definidas etapas e atividades componentes do PEGI-MIND.

Buscou-se estar em consonância com características ressaltadas por Motta e Enumo (2010) como importantes para intervenções psicológicas com crianças hospitalizadas, já citadas na Introdução: foco na questão da hospitalização e da doença; uso de atividades lúdicas, com conteúdo específico; individualização do programa; e apoio em uma avaliação prévia das estratégias de enfrentamento da hospitalização utilizadas pelos pacientes.

O PEGI-MIND é composto de oito sessões individuais, realizadas duas vezes por semana, com intervalo de dois a cinco dias entre elas e com duração média de 30 minutos cada uma. A escolha por duas sessões semanais foi feita para manter a implementação do programa com uma duração total de um mês, aproximadamente, que é o tempo médio da internação na fase de indução em crianças com câncer hematológico, que é o público alvo.

De acordo com as definições estabelecidas para o PEGI-MIND, na primeira sessão, é exercitado com a criança o prestar atenção à sua respiração e o ficar atenta aos desvios de sua atenção para outros estímulos externos ou internos, tal como pensamentos e sons do ambiente, e o retornar a atenção à sua respiração após dar-se conta destes desvios. Este exercício auxilia a criança a focar o presente, reduzindo assim sua ansiedade, que comumente está ligada a lembranças passadas ou a perspectivas futuras.

Na segunda sessão, é retomado o exercício da sessão anterior para que possa ser melhor apreendido e trabalha-se também o foco nos sentidos (toque e audição). O foco nos sentidos reforça o foco no momento presente, já estimulado na sessão anterior.

Na terceira sessão, a criança aprende a observar seus pensamentos e sentimentos sem julgá-los. Isto ajuda a criança a ter maior autoconsciência, maior autoestima e maior capacidade de regulação emocional por aprender a reconhecer e aceitar o que pensa e sente sem julgamento negativo.

Na quarta sessão, a criança volta a atenção para cada parte do seu corpo, buscando perceber o que sente em cada uma delas. Este exercício também traz uma maior autoconsciência, além de maior relaxamento.

Na quinta sessão, repete-se a terceira sessão para que a criança tenha uma maior fixação da prática através da repetição da mesma. Visa intensificar a capacidade da criança em reconhecer e aceitar o que pensa e sente sem julgamento negativo e a ampliar ainda mais a autoconsciência, autoestima e capacidade de regulação emocional.

Na sexta sessão, a criança realiza uma visualização guiada de um local que lhe agrada (praia, campo, sua própria casa, etc.) para promoção do relaxamento. Esta visualização ajuda na redução da ansiedade.

Finalmente, na sétima sessão, repete-se a quarta sessão, e na oitava sessão, repete-se a sexta sessão, para que se tenha uma maior apreensão das práticas.

O linguajar e as técnicas utilizadas em cada uma dessas sessões foram adequados à faixa etária das crianças, fazendo ainda uso de material lúdico, de fantasias e metáforas.

3.4 Entrevista

3.4.1 Parte 1: Enfrentamento e regulação da ansiedade

1.a) Desde que você chegou aqui no INCA, o que tem deixado você mais nervoso? Me conte uma vez em que isso aconteceu.

1.b) Ultimamente você tem ficado muito ou pouco nervoso com < citar cada causa mencionada >? Me conte uma vez recente em que isso aconteceu.

1.c) Você acha que tem alguma coisa que tenha lhe ajudado a se acalmar? O que é? Me dê um exemplo de uma vez em que isso aconteceu.

1.d) Quando você ficou nervoso, alguma vez você se lembrou daquelas atividades que fizemos juntos, de atenção à respiração, amiguinhos da respiração, meditação do sapo, parada dos pensamentos, prática dos sentimentos, observação ao nosso corpo, contração e relaxamento, atenção plena à dor ou prática de visualização? De qual ou quais você lembrou? Me conte o que estava acontecendo quando lembrou da < citar cada atividade mencionada >?

1.e) Alguma vez em que ficou nervoso, você chegou a fazer alguma das atividades que fizemos juntos? Qual ou quais?

Me conte como foi e como se sentiu depois que fez a < citar cada atividade mencionada >?

1.f) Se não, em algum outro momento, você fez ou teve vontade de fazer alguma das atividades? Qual ou quais?

Me conte o que estava acontecendo quando lembrou da < citar cada atividade mencionada >?

Me conte como se sentiu depois da < citar cada atividade mencionada >?

3.4.2 Parte 2: Enfrentamento e manejo da dor

2.a) Desde que você chegou aqui no INCA, o que tem causado mais dor em você? Me conte uma vez em que isso aconteceu.

2.b) Ultimamente você tem sentido muita ou pouca dor com < citar cada causa mencionada >? Me conte uma vez recente em que isso aconteceu.

2.c) Você acha que tem alguma coisa que ajuda você quando está com dor? O que é? Me dê um exemplo de uma vez em que isso aconteceu.

2.d) Quando você sentiu dor, alguma vez você se lembrou daquelas atividades que fizemos juntos de atenção à respiração, amiguinhos da respiração, meditação do sapo, parada dos pensamentos, prática dos sentimentos, observação ao nosso corpo, contração e relaxamento, atenção plena à dor ou prática de visualização? De qual ou quais você lembrou?

Me conte o que estava acontecendo quando lembrou da < citar cada atividade mencionada >?

2.e) Alguma vez em que sentiu dor, você chegou a fazer alguma das atividades que fizemos juntos? Qual ou quais?

Me conte como foi e como se sentiu depois que fez a < citar cada atividade mencionada >?

3.4.3 Parte 3: Enfrentamento e manejo dos pensamentos e emoções

3.a) Desde que você chegou aqui no INCA, você deve ter pensado em muitas coisas durante o dia. E também deve ter tido diferentes sentimentos. Você acha que, geralmente, os seus pensamentos são bons ou ruins? Me conte alguns pensamentos que costumam passar pela sua cabeça.

E você acha que, geralmente, seus sentimentos são bons ou ruins? Me conte alguns de seus sentimentos recentes.

3.b) Quando você teve algum pensamento ou sentimento ruim você se lembrou daquelas atividades que fizemos juntos, a da parada dos pensamentos e da prática dos sentimentos? De qual ou quais você lembrou?

Me conte que você estava pensando ou sentindo quando lembrou da < citar cada atividade mencionada >?

3.c) Alguma vez em que você teve um pensamento ou um sentimento ruim você chegou a fazer a parada dos pensamentos ou a prática dos sentimentos? Qual?

Me conte como foi e como se sentiu depois que fez a < citar cada atividade mencionada >?

3.5 Delineamento e procedimentos

3.5.1 Delineamento do estudo

Utilizou-se um delineamento de estudo de caso múltiplo (Stake, 2006), visando investigar: 1) a adesão das crianças ao PECI-MIND; 2) as contribuições do PECI-MIND para o enfrentamento da doença e seu tratamento. Esses aspectos foram analisados com base na aplicação do AEH, em uma etapa inicial, seguida da fase de realização das sessões do PECI-MIND e, por fim, a última etapa, envolvendo nova aplicação do AEH e a realização da entrevista.

Ao recorrer ao método de estudo de caso múltiplo, que estuda vários casos conjuntamente, se buscou uma análise aprofundada de cada caso, entendendo que estes contribuiriam para uma melhor compreensão conceitual e do funcionamento e impactos do programa PECI-MIND. Segundo Stake (2006), o estudo de caso múltiplo é um “estudo instrumental” que investiga um caso múltiplo para compreender um problema ou teoria. Os casos que compõem o caso múltiplo podem ser parecidos ou não, já que o que se busca é tanto a semelhança quanto a variedade. Nesse sentido, a escolha por este delineamento permitiu que se analisassem as particularidades e semelhanças no aproveitamento do programa pelos participantes do estudo.

3.5.2 Realização do estudo

Antes da realização do estudo, foram executados dois estudos-pilotos para uma avaliação preliminar que permitisse a identificação de necessários ajustes, testando a praticidade do PECI-MIND e a adequada compreensão, por parte das crianças, das perguntas e instrumentos empregados. A seguir, um breve relato dos casos que compuseram os estudos-pilotos.

3.5.2.1 Estudos-pilotos

O primeiro estudo-piloto foi realizado com dois meninos, um de oito e outro de nove anos, na enfermaria da hematologia infantil do INCA, no período de fevereiro a março de 2018. Neste estudo-piloto, testou-se apenas o uso do instrumento AEH, para que se pudesse decidir pelo uso ou não do mesmo. Na parte de resultados, serão apresentadas observações e decisões decorrentes deste estudo-piloto.

Neste estudo, foi observada, em geral, uma boa resposta das crianças ao emprego deste instrumento, tendo o mesmo possibilitado a fala da criança sobre seus modos de enfrentamento à situação da internação hospitalar. Em três cenas do instrumento (cena 9 - desanimar, cena 11 - fazer chantagem e cena 19 - pensar em milagre) houve dificuldade de compreensão pelas crianças sobre o que representavam. Optou-se, então, por manter o uso do instrumento, mas com uma adaptação que implicou a exclusão destas três cenas.

O segundo estudo-piloto foi realizado com um menino de oito anos e uma menina de nove anos, na enfermaria e no ambulatório da hematologia infantil do INCA, no período de julho a agosto de 2018. Este estudo foi realizado na íntegra, contemplando todas as fases previstas, que incluíram a etapa inicial de aplicação de instrumentos (do Formulário de identificação, do Formulário de dados sociodemográficos e de internação e do AEH), a implementação completa do PECCI-MIND (com suas oito sessões) e a etapa final (aplicação do AEH e realização da entrevista).

Esse estudo possibilitou uma avaliação mais ampla e um aprimoramento mais detalhado de diversos componentes. Com relação aos instrumentos da aplicação inicial, percebeu-se a necessidade de alguns ajustes. No Formulário de identificação, foi inserida a matrícula da criança no INCA e retirada a solicitação de e-mail. Também se transferiu a solicitação das datas de nascimento de mãe, pai e criança para o Formulário de dados sociodemográficos, onde também foi inserida a data de aplicação do mesmo.

Com relação ao PECCI-MIND, houve boa resposta por parte das duas crianças, que se mostraram disponíveis e colaborativas. De modo geral, as crianças levaram algumas sessões para se adaptarem à realização das atividades usando *mindfulness*, mas ao longo do processo foram se familiarizando e realizando as atividades cada vez com maior facilidade. O menino se mostrou mais tímido, enquanto a menina mais ativa e falante. A timidez do menino dificultou um pouco a avaliação sobre sua apreensão do que estava previsto no PECCI-MIND, enquanto que a menina deixou clara a sua aprovação e uma boa avaliação do mesmo.

Uma questão observada foi uma certa dificuldade para a participação das crianças por conta do excesso de estímulos intrusivos, principalmente quando a abordagem e as atividades ocorriam na enfermaria coletiva, o que levou à ideia de se conseguir uma sala privativa para a realização das sessões, o que foi conseguido e passou a fazer parte das possibilidades ao ser implementado o PECCI-MIND. Outra necessidade que se percebeu foi a de um tempo maior e melhor material e local para que pudesse ser feito um bom registro das sessões que, por conta da correria da rotina de trabalho do psicólogo hospitalar, ficaram pouco detalhadas pela facilitadora e com perda de algumas observações importantes. Buscando contemplar estas dificuldades observadas, foi criado um instrumento próprio para o registro das sessões e a pesquisadora (a facilitadora do PECCI-MIND) passou a se organizar de modo a poder sentar em um local reservado e preenchê-lo logo após a realização das sessões.

Com relação à etapa final, percebeu-se também a necessidade de uma entrevista com perguntas mais detalhadas e que contivessem pedidos de exemplos para que facilitassem a fala das crianças que foi muito sucinta no estudo-piloto. Os ajustes decorrentes dessa constatação foram implementados no roteiro da entrevista. Foi observada também a necessidade de momentos diferentes para a realização da entrevista e a aplicação do AEH, já que se observou ser cansativo para as crianças responder os dois, um em seguida ao outro, o que tornava a aplicação longa. O cansaço pela longa aplicação pareceu reduzir a disponibilidade das crianças para darem as respostas. Optou-se por manter a aplicação de ambos no mesmo dia, mas com um intervalo de algumas poucas horas entre eles, pela facilidade operacional da aplicação e para que não implicasse na perda de possíveis sujeitos que não estivessem indo ao hospital com frequência. Ajustes nesse sentido foram incorporados ao protocolo do estudo.

3.5.2.2 Estudo: etapa inicial, implementação do programa e etapa final

Como ponto de partida para a realização do estudo, contatos com possíveis participantes, crianças com câncer e seus responsáveis, foram feitos na enfermaria de hematologia infantil do INCA. Para isso foi obtido o consentimento do INCA, através da Direção e das Chefias da Hematologia e da Pediatria, para a implementação do PECCI-MIND no Instituto. Já acontecia no INCA um programa de *mindfulness*, voltado inicialmente para os profissionais do Instituto, mas que depois passou a abarcar também um encontro, de um dia, aberto a pacientes da Pediatria e familiares, que ocorria na brinquedoteca do Instituto. Sendo assim, as práticas de *mindfulness* já eram, em alguma medida, conhecidas e bem aceitas no Instituto, o que pode ter contribuído para que fosse aprovado o estudo aqui proposto.

As crianças foram, então, abordadas em seus leitos juntamente com seus responsáveis e lhes foram explicados os objetivos e o método do estudo, com linguagem simples e clara. Havendo concordância na participação, o responsável assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Embora a assinatura da criança não tenha valor legal, considerou-se importante obter o assentimento da mesma através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), como manifestação de respeito à sua pessoa como um sujeito com pensamento e vontades próprias. Após o aceite e assinaturas, era iniciado o estudo com cada participante, sendo realizada a etapa inicial com a aplicação dos instrumentos previstos, que ocorreu nesse momento, ou foi agendada para data próxima. Para essa aplicação, a criança e acompanhante eram convidados a se dirigir a uma sala reservada, e caso não quisessem ou a criança não pudesse se locomover, realizava-se em seu próprio leito. Foram aplicados o formulário de identificação, o formulário com informações sociodemográficas e o AEH.

No AEH, a criança participante foi questionada sobre o que pensava, fazia ou sentia durante o tempo em que estava no hospital, sendo sua resposta registrada em áudio. Posteriormente, foi apresentada à criança a primeira das cenas que constam desse instrumento e solicitado a ela que, primeiramente, descrevesse a situação ilustrada e, depois, respondesse o quanto se identificava com tal situação durante o tempo em que estava no hospital. Após responder, foi pedido à criança que justificasse o motivo de sua resposta. As cenas seguintes se sucederam, uma a uma, de acordo com a ordem prevista para uso do instrumento, seguindo o mesmo procedimento da primeira.

Concluída esta etapa, determinou-se, também para cada caso, uma data para começar sua participação no programa, com a realização das sessões do PECI-MIND a serem iniciadas de dois a sete dias depois da aplicação dos instrumentos. As sessões do PECI-MIND ocorreram na enfermaria ou no ambulatório, de acordo com o momento de tratamento de cada criança. Após cada sessão do PECI-MIND, independentemente do lugar aonde foi realizada, eram registradas observações importantes de reações e falas dos participantes, bem como de outros acontecimentos relevantes ocorridos no dia, no *Formulário de registro das sessões*.

Duas semanas após o término da implementação do PECI-MIND, era agendada uma data para a etapa final do estudo, com nova aplicação do AEH e realização de uma entrevista semiestruturada (Apêndice H), ambos registrados em áudio e tendo como objetivo avaliar as contribuições do PECI-MIND. O AEH e a entrevista eram realizados no mesmo dia, mas em momentos diferentes (manhã e tarde), de modo a não cansar muito a criança.

3.5.3 Análise de dados

A análise de dados consistiu em análise qualitativa dos registros das sessões, das respostas fornecidas pelas crianças nas aplicações do AEH e também das respostas às perguntas formuladas na entrevista. Foi realizada análise de conteúdo baseada na proposta de Bardin (1977). O material de cada participante foi organizado, separadamente, e analisado na forma de estudo de caso. O estudo de caso é comumente utilizado em pesquisas psicológicas (Bossi, 2017; Epstein, 2011), por permitir uma escrita mais livre, rica em detalhes e também por contemplar uma interpretação dos dados.

Para cada caso, o conjunto de dados proveniente de cada uma das três etapas do estudo, foi analisado seguindo-se os seguintes passos: (1) transcrição *verbatim* das respostas das crianças (no AEH e na entrevista); (2) leitura exaustiva do material (registros da facilitadora do PECEI-MIND – autora dessa tese, transcrições do AEH e transcrições das entrevistas; primeiramente uma leitura de cada um desses conjuntos de dados, seguida de nova leitura integrativa) a fim de identificar as categorias de análise; (3) criação de uma estrutura de eixos/categorias temáticas; (4) identificação e classificação das unidades de conteúdo do material em cada eixo/categoria temática. Os eixos/categorias temáticas definidos, desse modo, são descritos a seguir.

O primeiro deles, *Aspectos facilitadores do programa*, refere-se a reações das crianças consideradas positivas com relação ao PECEI-MIND, seja no que diz respeito ao efeito provocado, seja pela forma com que se apropriaram dos conteúdos e atividades do mesmo. Foram identificadas, neste eixo, duas categorias de registro: **Atenção ao próprio corpo/concentração** e **Enfrentamento**. A categoria **Atenção ao próprio corpo/concentração**, inclui conteúdos relativos à prática de dirigir a atenção para sua respiração e outros movimentos e aspectos da sua corporeidade, para enfrentarem acontecimentos ameaçadores ou pensamentos, emoções e sensações. Esta categoria representa, portanto, o que pode ter sido apreendido pelas crianças do cerne do conceito e prática de *mindfulness*. Na categoria **Enfrentamento**, são considerados os indicativos e evidências relacionados ao favorecimento do enfrentamento por parte das crianças. As duas categorias se complementam, já que se acredita que, com a apreensão do conceito e prática da *mindfulness*, através da melhor atenção ao próprio corpo e concentração, se amplia a capacidade de enfrentamento.

O segundo eixo de análise, *Aspectos desafiadores do programa*, refere-se a dificuldades percebidas nas crianças para um bom aproveitamento do PECEI-MIND. Neste eixo, se procura identificar pontos em que o programa proposto ainda precisa ser aprimorado.

Foram identificadas neste eixo duas categorias de registro: **Manifestações de ansiedade e Dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos**. Na categoria **Manifestações de ansiedade**, estão incluídos os registros feitos pela facilitadora e relatos das crianças (também registrados) denotando manifestações de inquietude e agitação que dificultaram o aproveitamento por elas das atividades da sessão. A categoria **Dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos** está relacionada à dificuldade das crianças de apreenderem certos conceitos usados no PECEI-MIND, como o conceito de sentimento, por exemplo.

Por fim, o terceiro eixo de análise, *Importância do aspecto lúdico*, investiga a importância, já apontada na fundamentação teórica, do aspecto lúdico em todo trabalho que é realizado com o público infantil. Refere-se, portanto, à necessidade infantil, presente também na faixa etária escolhida, de recorrer à brincadeira durante as atividades do PECEI-MIND. Foram identificadas neste eixo duas categorias de registro: **Aspectos lúdicos incorporados às atividades** e **Aspectos lúdicos dissonantes das atividades**. Na categoria **Aspectos lúdicos incorporados às atividades**, está contemplada a capacidade das crianças de usarem a imaginação para além das propostas do PECEI-MIND, criando brincadeiras e fantasias que as divirtam. A categoria **Aspectos lúdicos dissonantes das atividades**, diz respeito a qualquer interferência da preferência das crianças por outros jogos e brinquedos que não constavam das atividades propostas.

Neste eixo temos, então, os pontos em que a atenção a este aspecto pôde facilitar a execução do PECEI-MIND e aqueles em que houve problemas relacionados com este aspecto. Volta, portanto, a questão do que pode contribuir para o aprimoramento do PECEI-MIND, juntamente com a constatação dos acertos existentes, que servirá também para o aprimoramento do PECEI-MIND, no sentido de reforçar estes acertos.

Tendo presente esta estrutura de categorias, a autora desta tese e outra pesquisadora, membro do grupo de pesquisa de que a autora faz parte, realizaram separadamente uma primeira e uma segunda leitura de todo o material a ser analisado, quando foram assinalando relatos e respostas das crianças que faziam referências aos eixos e às categorias descritas acima. Após, foram discutidas e dirimidas divergências na classificação dos relatos. No caso de discordâncias, uma terceira pesquisadora seria consultada.

3.5.4 Procedimentos éticos

A elaboração do protocolo dessa pesquisa buscou atender às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil) e do Código de Ética Profissional dos Psicólogos. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta investigação atendeu às exigências estabelecidas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e seus desdobramentos.

Ao aceitar participar da pesquisa os responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as informações coletadas nesse estudo foram mantidas como estritamente confidenciais, podendo ser usadas apenas para fins de estudos e ensino, e para encontros e debates científicos, sendo sempre resguardadas as identidades dos participantes. Os participantes tiveram liberdade de recusar a sua participação a qualquer momento da investigação, bem como pedir mais informações sobre a pesquisa. As crianças convidadas a participar eram atendidas pelo psicólogo de referência que era ou não a pesquisadora.

Como essa pesquisa se realizou no Instituto Nacional do Câncer (INCA), este estudo, além de submetido e aprovado no Comitê de Ética da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), foi também submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa deste Instituto.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados alcançados nessa tese a partir dos objetivos estabelecidos, especialmente no que concerne aos achados provenientes da realização do estudo proposto. Como resultado a ser inicialmente apontado, portanto, deve ser mencionado o cumprimento do primeiro dos objetivos definidos, com a completa estruturação do *Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento* (PECI-MIND) e posterior implementação do PECI-MIND no INCA, como explicitado nesse capítulo. Também foi possível a avaliação das contribuições do PECI-MIND e identificação de suas possíveis necessidades de aprimoramento, que são apresentadas aqui, no exame de cada caso, e posteriormente retomadas e discutidas no capítulo seguinte.

Os resultados do estudo propriamente dito estão apresentados para os quatro casos, separadamente. Inicialmente, é feita uma breve caracterização do caso, com os dados de identificação e de observações feitas pela pesquisadora nos encontros com relação à maneira de ser da criança, ao seu modo de se relacionar com a pesquisadora, com os familiares, equipe de saúde e com o contexto de tratamento em que se encontrava, seguida dos resultados provenientes da análise de conteúdo, organizados a partir da estrutura de eixos temáticos definidos e das categorias consideradas, que são: a) aspectos facilitadores do programa (*atenção ao próprio corpo/concentração e enfrentamento*), b) aspectos desafiadores do programa (*manifestações de ansiedade e dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos*) e c) importância do aspecto lúdico (*aspectos lúdicos incorporados às atividades e aspectos lúdicos dissonantes das atividades*).

Stake (2006) destaca que uma importante razão para se estudar mais de um caso é a possibilidade de se examinar como o estudo funciona em diferentes circunstâncias, de modo que se constitui em tarefa relevante do pesquisador a de avaliar variações no seu desenvolvimento, para assim chegar à compreensão do fenômeno objeto de estudo, mais do que do caso em si. Por outro lado, é importante identificar claramente as condições particulares para as quais se deseja tirar conclusões. Assim, como características comuns, relata-se que o programa que faz parte do estudo foi implementado tendo como participantes crianças da mesma faixa etária, que, ao iniciarem sua participação no PECI-MIND, estavam internadas em tratamento no INCA, acompanhadas por um membro da família. É essencial destacar a diferença, no entanto, na maneira de ser de cada criança e no seu modo de inserção no ambiente hospitalar.

4.1 Caso 1

4.1.1 Caracterização do caso

R era um menino de sete anos, filho único, que morava na cidade do Rio de Janeiro com seus pais. Sua mãe tinha 31 anos e havia cursado até o Ensino Médio incompleto. Seu pai tinha 32 anos e tinha o Ensino Médio Completo. Durante os períodos de internação, os dois se revezavam no acompanhamento de R e a criança ficava bem com os dois. Ocasionalmente, R recebia também visitantes, como amigos dos pais e familiares. R se encontrava em tratamento no INCA havia um mês quando foi iniciado o estudo com ele.

O diagnóstico de R era de Linfoma de Burkitt. O linfoma de Burkitt é o terceiro tipo de câncer mais comum em crianças e o segundo mais comum dos cânceres hematológicos infantis. Tem incidência duas a três vezes maior em meninos que em meninas. A chance de cura desse linfoma é de 60 a 70% dos casos. O tratamento dura em torno de seis meses, seguido de acompanhamento, posteriormente, por até cinco anos. Há muitas internações para o tratamento, mas são, em geral, curtas. Seis sessões do PEGI-MIND foram feitas com R internado, sempre em leito de isolamento (individual) e apenas duas (a segunda e a sétima) foram feitas com ele em atendimento ambulatorial, na sala de atendimento psicológico. Durante o PEGI-MIND, R passou por três internações não muito longas (por volta de 10 dias cada) e, antes disso, já havia passado por outras duas internações.

R era bastante extrovertido, comunicativo, com um vocabulário que se pôde considerar vasto para a sua faixa etária e opiniões sobre diversos assuntos, como sua doença e tratamento, valores pessoais e mesmo sobre meditação, *mindfulness* e yoga, que externou durante as sessões. Sempre bem receptivo às atividades, fez um vínculo muito forte com a facilitadora do PEGI-MIND. Reclamava nos dias em que não a encontrava e pedia para outros profissionais ou para seus pais a chamarem para vê-lo.

4.1.2 Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos

4.1.2.1 Aspectos facilitadores do programa

Considerando esse eixo de análise, foi possível recolher em diversos extratos de registros das sessões, sinais de que R pôde apreender bem o conteúdo do PEGI-MIND e se valer dos recursos que o mesmo pretendeu oferecer, mostrando uma boa capacidade de concentração

e atenção ao próprio corpo, incluídos na primeira categoria de registro do eixo de análise que é *atenção ao próprio corpo/concentração*.

Na primeira sessão do PEGI-MIND, mostrou-se capaz de concentrar a atenção na respiração, fosse acompanhando a inspiração e a expiração simples, fosse prestando atenção ao movimento do brinquedo colocado sobre sua barriga. Manifestou ter gostado da atividade *meditação do sapo*, apesar de considerar, ao fim desta primeira sessão, ter sido essa a atividade em que teve maior dificuldade.

Na segunda sessão, conseguiu concentrar-se em todas as três atividades. No primeiro dos novos exercícios, de atenção plena ao sino, conseguiu acompanhar a diminuição do som do sino. Na outra nova atividade (atenção plena ao toque), manifestou, no fim da atividade, a sua preferência entre os tecidos que experimentou pelo tato.

Na terceira sessão, R também estava calmo e conseguiu fazer bem os exercícios, se concentrando nas atividades. Disse que não foi difícil se concentrar.

Na quarta sessão, R demonstrou estar atento a cada parte do seu corpo apontada na atividade do escaneamento corporal, mexendo tais partes, conforme a facilitadora foi indicando. Nesta mesma sessão, à medida que foi relaxando seu corpo, após as contrações que foram solicitadas que fizesse, R se deitou e pareceu relaxar. Disse que estava se sentindo bem, relaxado. R se manteve calmo e quieto. Disse que ficou bem. Do mesmo modo, se empenhou na concentração da atenção plena à dor. Esta atividade não é, naturalmente, tão agradável e, como última atividade da sessão, sua realização foi afetada por certa dispersão. Mas, foi realizada completamente.

Na quinta sessão, R fez a primeira atividade proposta para a sessão em curso (parada do pensamento) e disse que foi difícil, por passarem muitos pensamentos em sua cabeça, como o de ficar bom e de ir embora para casa. Mas, disse também que foi bom acompanhar sua respiração, e que isso o ajudou a conseguir se concentrar e realizar bem a atividade.

Na sexta e na sétima sessões, não apareceram conteúdos relacionados a esse eixo de categorias, mas, na oitava sessão, R ficou bem quieto, ouvindo bem as instruções. Pareceu conseguir seguir bem as instruções.

Além dos registros das sessões, na entrevista final, quando questionado sobre o que o ajudava quando estava com dor, R falou sobre como ao respirar se sentia mais calmo. Declarou que foi capaz de usar a concentração na respiração em um momento de dor, quando da troca do curativo do seu cateter, descrevendo “Enquanto a enfermeira estava fazendo o curativo eu estava me acalmando, respirando fundo.” Também relatou ter usado a meditação do sapo em determinados momentos em que precisou enfrentar situações estressantes ou dolorosas. Vê-se,

nesses relatos da criança, como parece que R desenvolveu a prontidão de atenção ao próprio corpo e concentração e como usou isso apropriadamente em situações adversas por ele enfrentadas.

Ainda no que concerne a esse eixo de análise, pode-se indicar que também houve sinais de que R pode ter tido sua capacidade de enfrentamento favorecida pela participação no PEGI-MIND, ao ser focada a segunda categoria de registro do eixo de análise que é *enfrentamento*. A comparação dos resultados do AEH antes e após o PEGI-MIND, assim como a entrevista após a sua participação no PEGI-MIND, permitem que se considere a possibilidade de que a realização das atividades propostas nas sessões do PEGI-MIND tenha atuado no sentido de melhorar a capacidade do participante no enfrentamento à situação de câncer e do seu tratamento.

Foi possível verificar, por exemplo, que na Cena 2 do AEH, na aplicação feita antes do PEGI-MIND, R admitiu que se sentia triste tal qual o personagem e afirmou sentir isso por querer ir embora para casa. Na mesma cena, durante a aplicação que ocorreu após a realização do PEGI-MIND, R apresentou uma resposta bem diversa da anterior e disse não se sentir triste como o personagem. No entanto, não justificou o porquê de não se sentir mais triste, não fornecendo elementos que permitam uma melhor análise sobre a mudança ocorrida. Ainda assim, entende-se como relevante e significativa a resposta, para fins da reflexão a respeito dos impactos do PEGI-MIND, principalmente por termos o mesmo tipo de resposta repetida mais abaixo na Cena 6.

Na Cena 3 do AEH, antes do PEGI-MIND, R identificou-se com o personagem que estava com raiva, justificando a raiva pelo desejo de ir embora do hospital. Depois do PEGI-MIND, R disse que o personagem estava bravo como o Huck, mas, que ele não ficava assim, porque “não havia motivo para tanta raiva”.

Na Cena 6 do AEH, antes do PEGI-MIND, R notou que o personagem estava triste e declarou que reagia do mesmo modo porque não tinha muita paciência e por isto ficava nervoso e com raiva. Falou da demora pela alta e de outras esperas e privações pelas quais precisava passar no hospital, como jejum para exames e espera para ver pessoas queridas, que via sempre em casa e agora mais dificilmente, estando no hospital. Já após o PEGI-MIND, reconheceu que o personagem da Cena 6 do AEH estava triste, mas, disse que ele não. Assim como na Cena 2, R não apresentou explicitamente uma razão para não estar mais triste, mas é relevante o fato de ele não mencionar mais a impaciência, nervosismo e raiva. Disto se depreende que pode, efetivamente, ter havido um melhor manejo das emoções em decorrência da participação no PEGI-MIND.

Na Cena 10 do AEH, antes do PEGI-MIND, disse que o personagem estava pensando em sair do hospital e que isso acontece, dando a seguinte justificativa: “Porque aqui não é legal”. Diante da mesma Cena 10 do AEH, após o PEGI-MIND, repetiu que o personagem estava pensando em sair do hospital e disse que queria chamar um Uber e ir direto pra casa, mas justificou com o argumento de que “preferia ficar em casa”. Tal justificativa pode denotar uma mudança na sua avaliação da experiência da hospitalização, atenuando uma percepção inicial mais negativa e sua participação pode ter contribuído para isto.

Finalmente, na Cena 13 do AEH diante da questão “Será que fiz alguma coisa errada e por isso fiquei doente?”, antes do PEGI-MIND, R identificou-se com o personagem e disse que já pensou que fez alguma coisa errada, ao desobedecer aos pais, e por isso acabou ficando doente. Após o PEGI-MIND, com firmeza, rejeitou a hipótese de castigo por culpa pessoal.

Além dos exemplos acima trazidos a partir do AEH, foi possível ver o favorecimento da capacidade de enfrentamento de R através da entrevista realizada após o PEGI-MIND. Nessa entrevista, quando questionado sobre o que o ajudava quando estava com dor, R falou sobre respirar e ficar calmo. Deu o exemplo, então, de um momento de dor ao realizar um curativo, quando ele conseguiu se acalmar, respirando fundo, enquanto a enfermeira fazia seu curativo. Vê-se, a partir desse relato, como R desenvolveu a atividade da respiração, bastante enfatizada no PEGI-MIND, e como esta potencializou seu enfrentamento da dor.

4.1.2.2 Aspectos desafiadores do programa

No que diz respeito a esse eixo de análise, alguns indicativos foram obtidos nos registros das sessões, no sentido de aspectos desafiadores ao programa, ou seja, que se revelavam como dificuldades apresentadas pelo participante ao longo da realização das atividades nas sessões. Mais especificamente, na primeira categoria de registro do eixo, *manifestações de ansiedade*, percebeu-se que R, em alguns momentos, manifestava ansiedade, apesar de parecer gostar bastante do PEGI-MIND e se mostrar bastante colaborativo.

Já na primeira sessão, R perguntou se as atividades demorariam para terminar e a facilitadora disse a ele que não. Na quinta sessão, R estava um pouco chateado, se sentindo um pouco mal por causa da quimioterapia e ansioso para ter alta logo. Mostrou-se, então, um pouco cansado e sonolento. No início, a mãe demandou um pouco de atenção conversando sobre assuntos variados e R se manteve mais quieto até o momento em que interrompeu a conversa e pediu para que se iniciassem as atividades. Na sexta sessão, R estava novamente ansioso, desta vez por já estar de alta, querendo ir embora. Participou das atividades, mas em determinado

momento, se distraiu um pouco, e começou a perguntar a que horas poderia tirar o soro e ir embora. Nas sessões finais, não se obteve indicativos para essa categoria.

Ainda neste eixo, em sua segunda categoria de registro, *dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos*, outro desafio ao bom aproveitamento do PECI-MIND por R foi a dificuldade na compreensão do conceito de sentimento sendo que, em função disto, seu aproveitamento na realização da atividade da prática dos sentimentos ficou um pouco comprometido, o que foi observado em partes dos registros das sessões.

Na terceira sessão, no exercício do sentimento, R teve dificuldade de identificar seus sentimentos. Disse, por fim, que estava “calmo”. Disse que achou esse exercício mais fácil que o exercício do pensamento, pois no exercício do pensamento sua mente lhe atrapalhou mais, por ser muito “intensa”, com um pensamento atrás do outro. Sobre os sentimentos, ainda que manifestasse dificuldade em conseguir perceber bem o que sentia, percebeu a calma.

Na quinta sessão, repetiu que achou mais fácil a segunda atividade (da prática dos sentimentos), mas não identificou nenhum sentimento. A facilitadora conversou mais com ele sobre os sentimentos e R disse que, para ele, seus sentimentos estavam localizados em sua cabeça.

Na sétima sessão, R falou que não conseguia dizer bem como estavam as partes do seu corpo, o que estava sentindo, mas que conseguia voltar sua atenção para elas e sentir a diferença entre a contração e o relaxamento. Disse, ainda, que, afora isso, não sentiu nada, por isso achou difícil realizar a atividade. Disse que a parte do corpo com que teve mais dificuldade foi a barriga, mas não soube explicar o porquê.

Na entrevista da etapa final, não foram encontrados elementos indicativos nem de manifestações de ansiedade nem da dificuldade na identificação e verbalização dos conceitos no PECI-MIND, por R.

4.1.2.3 Importância do aspecto lúdico

Com relação a este eixo de análise, foi possível notar, através da análise dos registros das sessões, a extrema criatividade e ludicidade da criança com observações incluídas na categoria *aspectos lúdicos incorporados às atividades*.

Na primeira sessão, R tentou ensaiar algumas posições de ioga. Mais adiante, R fez a posição de meditação e falou “ohm”. Ainda na primeira sessão, em alguns momentos, também forçou um pouco a respiração, principalmente a expiração, fazendo barulho. Na terceira atividade da primeira sessão, a meditação do sapo, R imitou a posição do sapo (ficando “de

quatro”) e se manteve nesta posição. Quis brincar de comer moscas e quis que a facilitadora lhe dissesse que apareceu uma mosca para que ele, então, se mexesse e fizesse de conta que a estava comendo. Disse que era um sapo faminto por moscas.

Na quarta sessão, R mexeu bastante os seus braços ao chegar a essa parte do corpo, e lembrou do “bonecão do posto de gasolina”, que quis imitar. Lembrou, então, da “atividade do sapinho”, como a nomeou, que foi realizada no primeiro dia e perguntou se depois poderia fazê-la de novo. Ainda na quarta sessão, R pediu para fazer a atividade no chão. Sua mãe não deixou, dizendo que ele tinha acabado de voltar do centro cirúrgico e que o chão era sujo. A facilitadora reconheceu o pedido do menino, pois, de fato, costumeiramente meditação e yoga são feitos no chão, podendo ser em tapete, mas, foi explicado a ele que no hospital o ambiente era muito contaminado e por isso não seria adequado fazer dessa forma. Ele teve, então, a ideia de fazer em cima da cama de sua mãe, que era mais baixa que a dele. Sua mãe não concordou porque ele acabara de chegar do centro cirúrgico e ela achava que ele deveria permanecer por um tempo quieto.

Na sexta sessão, R falou sobre o que estava visualizando durante a atividade e foi se movimentando também, fazendo de conta que estava fazendo coisas dentro da sua casa. Disse que viu uma lasanha gostosa e foram feitos vários exercícios de imaginação dos sentidos da lasanha. R disse que o cheiro e o gosto eram muito bons e vibrou com isto. Depois disse que comeria uma torta e em seguida uma panqueca e simulou que saboreava cada uma delas. Fez movimentos e sons como se estivesse comendo, e pareceu se divertir com isso. Depois de simular comer, R imaginou que estava indo para o seu quarto brincar de carro. Imaginou-se, então, dentro do carro, dirigindo. Disse que era um carro grande, de corrida, e pareceu se divertir, buzinando e imaginando-se olhando pela janela, sentindo o vento. R comentou que quando ele tivesse 18 anos, seu pai o deixaria dirigir.

Na entrevista, na etapa final, R mencionou bastante a atividade do sapo, como uma das que absorveu bem e utilizou posteriormente. Pelo que se pôde observar ao longo das sessões do PECCI-MIND, foi uma das atividades de que R mais parecia estar gostando, brincando e se divertindo com ela, o que mostra a importância do aspecto lúdico para a melhor apreensão, retenção na memória e aproveitamento posterior das atividades realizadas.

Ainda nesse eixo, na categoria *aspectos lúdicos dissonantes das atividades*, foram destacados, nos registros das sessões, os momentos em que a ludicidade e criatividade do participante estavam mais voltadas para brincadeiras fora do contexto do PECCI-MIND, chegando a gerar dificuldades para a realização das atividades programadas. Assim foi que, na segunda sessão, tão logo acabou a primeira atividade, R pediu para jogar um jogo. A facilitadora

disse que jogariam após o fim da sessão. Ao final da sessão, R disse que tinha gostado das atividades, mas que havia ficado ansioso para jogar logo o jogo.

Na quarta sessão, R pediu que, da próxima vez, a facilitadora trouxesse um brinquedo para brincarem juntos. Perguntou se podia ser naquele momento. Foi combinado que, primeiramente, seriam feitas as atividades e de depois, então, teria a brincadeira, com o que ele prontamente concordou. Mais adiante, R perguntou se as atividades já tinham acabado e se poderiam brincar em seguida.

Na sexta sessão, R, ainda no fim da sessão, pediu para brincar com a facilitadora, usando seus brinquedos, enquanto esperava para ir embora de alta. Já na sétima sessão, realizada em contexto ambulatorial, a facilitadora perguntou a R se ele tinha feito os exercícios, e R respondeu que não, que tinha “ficado mais era brincando mesmo”.

Na oitava sessão, novamente internado, R estava jogando um jogo de montar em seu leito de enfermaria e pediu para que a facilitadora jogasse com ele. Jogaram um pouco e, depois, ela propôs que fizessem a atividade de visualização, programada para aquela sessão. R tentou ganhar um pouco de tempo, pois queria continuar jogando. Depois de jogarem mais um pouco, R concordou em fazer a atividade de visualização. Continuando, às vezes R abria os olhos para pegar um dos carrinhos do seu jogo, brincando enquanto permanecia fazendo a atividade de imaginação. Quando a atividade terminou, disse que gostou, mas que em seguida queria brincar mais com seus carrinhos.

Na entrevista da etapa final, não foi observado nenhum sinal indicativo de que aspectos lúdicos tidos como dissonantes pudessem tê-lo atrapalhado na apreensão do que foi realizado e proposto pelo Peci-MIND.

4.2 Caso 2

4.2.1 Caracterização do caso

Y era um menino de sete anos, que morava na cidade do Rio de Janeiro com seus pais e três irmãos mais novos. Seus pais eram bem novos e com baixa escolaridade, tendo sua mãe 22 anos e o Ensino Médio incompleto e seu pai 24 anos e o Ensino Fundamental Incompleto. Y era acompanhado, em geral, por sua mãe e às vezes por sua avó e parecia que ficava bem com as duas. Y se encontrava já havia bastante tempo em tratamento no INCA (havia cinco meses), quando foi dado início ao estudo com ele. Neste momento de início, ele se encontrava em sua quinta e última internação para a realização dos blocos de quimioterapia para tratamento de sua

doença. Foi quando foram feitas a etapa inicial e a primeira, segunda e terceira sessões. O paciente se encontrava em leito de isolamento (individual). As demais sessões foram feitas quando passou a atendimento ambulatorial e se realizaram na sala de atendimento psicológico. O diagnóstico de Y, tal qual o de R, era de Linfoma de Burkitt.

Y era um menino introvertido, porém bastante alegre, geralmente recebendo os profissionais que lhe abordavam com um sorriso receptivo no rosto, fazendo bons vínculos e interagindo bem com a equipe de saúde. Não era, no entanto, de falar muito com nenhum membro da equipe, nem com a facilitadora. Porém, interagia bem nas brincadeiras que profissionais ligados a atividades lúdicas, tais como a facilitadora ou a professora e terapeuta ocupacional, propunham para ele. Além disso, estava sempre brincando com seus brinquedos ou aparelhos tecnológicos em seu leito, demonstrando ser ativo e alegre nas brincadeiras.

4.2.2 Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos

4.2.2.1 Aspectos facilitadores do programa

Neste eixo de análise, foi possível verificar, nos registros das sessões do PECCI-MIND, indicações de que Y pôde apreender bem o PECCI-MIND, com boa capacidade de concentração e atenção ao próprio corpo, incluídos na primeira categoria de registro do eixo de análise, *atenção ao próprio corpo/concentração*.

Na primeira sessão, Y seguiu bem a primeira atividade (*mindfulness* com foco na respiração), permanecendo bem quieto e tranquilo. Na segunda atividade (amiguinhos da respiração), Y prestou atenção e disse que sentiu sua barriga subir e descer com o bichinho. Conseguiu se manter bem quieto e com os olhos fechados. Y disse que se sentiu bem com os exercícios e que foram fáceis. Na atividade da meditação do sapo, Y também se manteve bem quieto. Depois, disse que gostou e que conseguiu se imaginar bem como um sapo e até sentir o momento em que queria pular e comer moscas.

Já na segunda sessão, ao fim dos exercícios, Y estava um pouco mais tranquilo e atento do que ao início das atividades, quando pareceu um pouco mais disperso e agitado.

Na terceira sessão, na atividade da parada dos pensamentos, disse que não teve nenhum pensamento, mas que se sentiu relaxado. Já na atividade da prática dos sentimentos, primeiramente disse que sentiu seu coração batendo devagar e que se sentiu tranquilo, bem, e que sentiu que estava melhorando da sua doença. Depois, no entanto, disse que percebeu estar ansioso no momento, por estar prestes a ter alta e querer ir logo embora, e que achava que

aquelas atividades iriam demorar muito. Foi importante observar como Y pôde aproveitar bem a atividade e, de fato, entrar em contato com o que sentia e se conscientizar mais acuradamente de suas emoções, compreendendo-as melhor, tanto em relação a como se manifestaram em seu corpo quanto sobre os motivos que as desencadearam, nos dois momentos dessa sessão aqui relatados.

Na quarta sessão, pareceu gostar da atividade de contração e relaxamento, se envolvendo mais a cada momento, aparentemente se sentindo bem, fazendo todas as contrações e relaxamentos. Disse que se sentiu relaxado.

Na quinta sessão, na atividade de parada do pensamento, Y conseguiu ficar quieto durante a atividade, parecendo calmo. Após a atividade, disse que pôde perceber alguns pensamentos, mas que estes passaram rápido e que ele conseguiu manter sua atenção na respiração. Disse que em nenhum momento desviou sua atenção. Y permaneceu, então, bem quieto, parecendo bem calmo e manifestando sinais de sono. Após a atividade, disse que se sentiu bastante relaxado e com um pouco de sono. Disse que após perguntar novamente o que era para fazer, conseguiu manter-se concentrado na respiração.

Na sexta sessão, a facilitadora conversou com ele sobre a atividade de visualização e Y disse que achou fácil e gostou.

Na segunda atividade da sétima sessão (contração e relaxamento), Y contraiu e relaxou seus músculos e disse que sentiu seu corpo todo relaxado.

Na oitava sessão, conversando sobre a atividade, Y falou que conseguiu fazer bem e que se imaginou num lugar bem longe do hospital. Disse que se sentiu melhor, mas não soube explicar como era esse “melhor” ou o porquê de se sentir melhor.

Na entrevista final, Y mencionou a atividade da atenção à respiração como recurso para lidar com a dor, mostrando que conseguiu apreender a proposta e o que foi realizado nas sessões e manter a prontidão de atenção ao próprio corpo e concentração em situações adversas em que sentiu dor.

Ainda neste eixo de análise, foi possível perceber indicativos de que Y teve sua capacidade de enfrentamento favorecida pela participação no PECI-MIND, incluídos na segunda categoria de registro do eixo de análise, *enfrentamento*. A comparação dos resultados do AEH, antes e após o PECI-MIND, assim como a entrevista após o PECI-MIND possibilitou esta constatação.

Verificou-se, por exemplo, na Cena 3 do AEH, na aplicação ocorrida antes de participar do PECI-MIND, que Y disse que o personagem estava aborrecido, triste e disse que ele, também, às vezes ficava assim porque sentia saudades da sua casa. Já, na aplicação após o

PECI-MIND, Y disse que o personagem estava com raiva. Indagado se com ele acontecia o mesmo, respondeu que não, só acontecia de sentir raiva em casa. E à pergunta “por que não?”, respondeu “Porque aqui não tem nada que me estresse, só em casa mesmo.”

Diante da Cena 10, antes do PECI-MIND, disse que o personagem estava pensando em fugir do hospital e que ele também pensava nisso, às vezes. Justificou dizendo “Porque a gente se estressa e quer sair fora, mas não pode.” Após o PECI-MIND, admitiu que já pensou em fugir do hospital, mas, declarou que “No começo eu não sabia bem como era e aí eu fiquei com medo e pensei em fugir.” Esta fala parece mostrar que a criança fez uma boa adaptação ao hospital, construindo bons recursos de enfrentamento e de adesão ao tratamento, que podem ter sido favorecidos pela participação no PECI-MIND.

Além dos resultados acima, oriundos do AEH, foi possível ver o favorecimento da capacidade de enfrentamento de Y através da entrevista realizada após o PECI-MIND. Nesta entrevista, Y mencionou a atividade da *mindfulness* com foco na respiração como recurso para lidar com a dor. Fez um relato de um dia em que sua mãe o levou ao INCA, pois estava com muita dor, tendo realizado exames, mas não tendo sido constatado nenhum problema pelos seus médicos, que disseram que não havia nada novo e de mais sério no seu quadro. Y disse que então, nessa ocasião, tentou se concentrar em sua respiração para poder dormir. Y também mencionou as atividades da parada dos pensamentos e da prática dos sentimentos, que utilizou para conseguir pensar mais devagar e perceber melhor os seus pensamentos e sentimentos, tendo assim maior discernimento e possibilidade de lidar com problemas vividos.

4.2.2.2 Aspectos desafiadores do programa

No que concerne a este eixo de análise, na primeira categoria de registro do eixo, *manifestações de ansiedade*, Y, em alguns momentos, apresentou manifestações de ansiedade, presentes em alguns trechos dos registros das sessões, apesar de, em geral, participar bem do PECI-MIND.

Na terceira sessão, por exemplo, Y queria acabar logo cada atividade e respondia de forma evasiva e monossilábica quando questionado sobre como tinha sido para ele a atividade concluída. Verbalizou que estava “nervoso” o tempo todo, por estar prestes a ter alta e querer apenas ir logo embora, o que estava demorando muito devido a alguns procedimentos que precisavam ser realizados antes que ele pudesse deixar o hospital (retirada de soro, retirada de medicamentos na farmácia, agendamento de próxima consulta, etc). Esses procedimentos eram

essenciais, mas, para ele, não tinham importância naquele momento diante da sua necessidade de ir o mais rapidamente possível para sua casa, da qual tantas saudades sentia.

Na quarta sessão, Y também se mostrou um tanto ansioso e não muito disposto à realização das atividades, manifestando querer deixar o hospital o mais rapidamente possível e voltar para casa. Porém, aos poucos, pareceu concentrar-se mais. Em determinado exercício, nesta sessão, Y perguntou se demoraria muito, demonstrando impaciência.

Nova manifestação de ansiedade e desconforto com o fato de ter de estar no hospital mais tempo do que gostaria, por longas horas no ambulatório, foi observada na sexta sessão. Y verbalizou que a sessão deveria ser encerrada, antes que se chegasse ao término da mesma, demonstrando, mais uma vez, impaciência. Na sétima sessão, novamente no ambulatório, Y também estava ansioso, pois já haviam acabado suas consultas médicas do dia que, contando com os atendimentos em si e a espera para os mesmos, sempre tomavam muitas horas, e queria ir para casa, não desejando ter de ainda esperar o fim da sessão para isso. Estava bem agitado.

Por fim, na oitava sessão, embora tenha participado bem, de início, depois de algum tempo, quando a facilitadora diminuiu um pouco as instruções, mas estando ainda no decorrer da atividade, Y começou a parecer se desconcentrar um pouco. Ao final desta sessão, Y disse que gostou da mesma, mas que a achou um pouco demorada. Pareceu que, ao se desconcentrar, perdeu o interesse na mesma, tendo ficado ao final um pouco nervoso, querendo que acabasse logo e que fosse mais rápida.

Na entrevista da etapa final, não foi possível colher mais extratos indicativos da ansiedade como um fator de dificuldade para o aproveitamento do PECCI-MIND por Y.

Ainda neste eixo, em sua segunda categoria de registro, *dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos*, outro desafio ao bom aproveitamento do PECCI-MIND apresentado por Y foi a dificuldade com determinados conceitos usados no PECCI-MIND, como os de sensação, pensamento e sentimentos, presente em trechos dos registros das sessões.

Na segunda sessão, Y não conseguiu responder bem sobre o que estava sentindo. Disse apenas que sentiu algo diferente no exercício do tato e que conseguiu perceber bem o som do sino. Na terceira sessão, Y mostrou, no decorrer da explicação da atividade pela facilitadora, pouca compreensão do que seriam pensamentos e sentimentos e também pouco interesse sobre os mesmos. No entanto, embora tenha demonstrado não compreender bem os conceitos, talvez em função da tentativa da facilitadora de deixar essas noções mais claras para ele, o que foi observado foi que, na prática da atividade, Y conseguiu descrever bem seus pensamentos e sentimentos, parecendo ter aos poucos assimilado melhor os conceitos.

Na quinta sessão, a primeira atividade foi iniciada conversando-se sobre o que eram pensamentos. Y disse que entendeu, mas não conseguiu falar muito sobre os seus pensamentos e, por fim, disse que não pensava muito. Ao ser perguntado sobre quais sentimentos conseguira identificar em si naquele momento, Y disse que não observou nenhum sentimento. A facilitadora conversou um pouco com o menino sobre os sentimentos. Y falou sobre o nervosismo que às vezes sentia e disse que, em geral, conseguia se acalmar sozinho, procurando relaxar, a não ser quando estava muito nervoso, e que aí precisava que alguém o ajudasse “a se conter”.

Na entrevista final, Y mencionou as atividades da parada dos pensamentos e da prática dos sentimentos, dizendo que as utilizou para conseguir pensar mais devagar e perceber melhor os seus pensamentos e sentimentos em situações de medo, tristeza ou raiva, demonstrando que, apesar da dificuldade inicial com os conceitos envolvidos nas atividades, houve uma boa apropriação após as explicações da facilitadora, como já fora observado no decorrer das sessões.

4.2.2.3 Importância do aspecto lúdico

Neste eixo de análise, foi possível observar, nos registros das sessões, manifestações de criatividade e ludicidade de Y que podem ser incluídas na categoria *aspectos lúdicos incorporados às atividades*.

Na primeira sessão, Y disse que gostou bastante da meditação do sapo e que conseguiu se imaginar bem como um sapo e até sentir o momento em que teve vontade de pular e de comer moscas.

Na sexta sessão, Y disse que se imaginou em casa, andando a cavalo. Começou, então, a fazer o barulho e o movimento de andar a cavalo, parecendo se divertir com isso.

Na sétima sessão, Y conseguiu fazer a atividade do escaneamento corporal, mas sem manter-se parado. Foi balançando cada parte do corpo que a facilitadora ia denominando. Ainda nesta sétima sessão, Y lembrou-se da atividade de visualização de que gostou muito e quis imaginar de novo que estava no cavalo enquanto sentia cada parte do seu corpo em cima do cavalo. Na última sessão, assim como na entrevista final, não se registrou conteúdo condizente com essa categoria.

Ainda nesse eixo, na categoria *aspectos lúdicos dissonantes das atividades*, foram destacados, nos registros das sessões, os momentos em que a ludicidade e criatividade do participante estavam mais voltadas para brincadeiras fora do contexto do PECCI-MIND, chegando a gerar dificuldades para a realização das atividades programadas.

Na segunda sessão, por exemplo, Y se encontrava mais disperso, querendo brincar com seus brinquedos (eram instrumentos musicais que havia ganhado). A princípio, Y falou que se lembrava da atividade de *mindfulness* com foco na respiração, mas, quando foi pedido para ele demonstrar, Y disse que esqueceu. Y, nessa sessão, demonstrou dificuldade bem maior de se concentrar e de fechar os olhos do que na sessão anterior, não querendo deixar de brincar com seus brinquedos, que eram uma novidade e lhe chamavam muita atenção naquele momento. Teve também dificuldade de se concentrar nas duas atividades dos sentidos.

Na terceira sessão, Y novamente desviou um pouco sua atenção das atividades para focar nos brinquedos musicais que havia ganhado e quis brincar com eles e mostrar para a facilitadora. Foi respeitado seu desejo, tendo a facilitadora brincado um pouco com ele, ao mesmo tempo em que conversava sobre as atividades do dia. Passando-se ao desenvolvimento das atividades, mostrou-se agitado, não permanecendo quieto, tocando o tempo todo nos seus instrumentos.

Na entrevista da etapa final, não foi observado nenhum sinal indicativo de que aspectos lúdicos dissonantes possam ter atrapalhado as atividades.

4.3 Caso 3

4.3.1 Caracterização do caso

G era um menino de sete anos, que morava no estado do Rio de Janeiro, na cidade de Nova Iguaçu (afastada 43km da cidade do Rio de Janeiro), com seus pais e outros quatro irmãos. Sua mãe tinha 30 anos e Ensino Médio incompleto. Seu pai tinha 35 anos e Ensino Médio completo. Sua mãe era quem ficava com ele no hospital e, se ela precisava se ausentar e deixá-lo com alguém (alguma amiga), G ficava extremamente irritado e choroso. G tinha sido recentemente matriculado no INCA quando foi dado início ao estudo com ele.

G não lidava de forma tranquila com o tratamento, tendo bastante dificuldade em aceitar medicações e procedimentos invasivos necessários durante toda a sua longa internação, durante a qual participou do PECCI-MIND. Mesmo depois, já em tratamento ambulatorial, onde seguiu sendo acompanhado psicologicamente pela pesquisadora, embora não mais dentro do PECCI-MIND, ainda rejeitava bastante o tratamento, só melhorando sua aceitação e compreensão da necessidade do mesmo quando chegou numa etapa de menor intensidade do tratamento (apenas controle).

O diagnóstico de G era de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), que é o segundo tipo de câncer mais comum em crianças, depois dos tumores do Sistema Nervoso Central, e o mais comum dos cânceres hematológicos infantis. É uma doença que atinge predominantemente as crianças do sexo masculino e que possui um melhor prognóstico que o Linfoma de Burkitt, com taxas de cura de até 90%, mas requer maior tempo de tratamento e de internação. G permaneceu internado durante todo tempo de sua participação no estudo, numa enfermaria dupla (de dois leitos), manifestando sempre bastante frustração pelo longo tempo de internação necessário para o tratamento.

G era um menino bastante tímido e agarrado à sua mãe, não aceitando ficar com ninguém senão ela e gritando e chorando quando esta se afastava por algum tempo, por algum motivo. Quando frustrado, chorava muito e demorava bastante para se acalmar. Às vezes ficava enraivecido, não permitindo que ninguém se aproximasse. Em outros momentos, no entanto, era dócil e simpático. No início, era bem resistente à aproximação da facilitadora, interagindo pouco com ela. Nas últimas sessões, contudo, já interagia mais, estabelecendo melhor vínculo, mas continuava com baixa disponibilidade para a participação no PEGI-MIND, embora acabasse fazendo bem as atividades. No início, quase não falava, mas com o decorrer das sessões foi se comunicando um pouco mais e melhor.

4.3.2 Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos

4.3.2.1 Aspectos facilitadores do programa

Quanto a este eixo de análise, nos registros das sessões do PEGI-MIND, verificou-se indicativos de que G pôde apreender bem o PEGI-MIND, com boa capacidade de concentração e atenção ao próprio corpo, incluídos na primeira categoria de registro do eixo de análise, *atenção ao próprio corpo/concentração*.

Na primeira sessão, gradativamente, G foi se acalmando e conseguiu se concentrar mais, fechando inclusive seus olhos. Primeiramente, não conseguiu mencionar o que sentiu com as atividades, dizendo que não sentiu nada, mas, depois, relatou ter se sentido mais calmo. Disse que achou difíceis as atividades, mas que gostou e que conseguiu realizar tudo.

Na segunda sessão, G realizou bem as atividades do dia, parecendo gostar e rindo com elas. Disse que achou fáceis as atividades de atenção plena ao toque e ao sino. Na terceira sessão, disse que se sentiu mais calmo após os exercícios da parada do pensamento e da prática dos sentimentos.

Na quarta sessão, G interessou-se aos poucos pela atividade do escaneamento corporal, conforme a facilitadora foi falando das partes do corpo e ele foi se concentrando e sentindo as mesmas. Disse não sentir nenhuma dor em seu corpo, mas sentir agitação, vontade de mexer o corpo. A facilitadora conversou com ele sobre sua agitação e como os exercícios com *mindfulness* poderiam lhe ajudar.

Na quinta sessão, a facilitadora conversou mais com ele para tentar explorar melhor sua compreensão dos sentimentos e G falou, então, sobre perceber nele, às vezes, o sentimento de medo, com relação, principalmente, a procedimentos invasivos no hospital, demonstrando, portanto, uma maior percepção e discernimento de seu mundo interno.

Na entrevista da etapa final, não foi observado nas falas de G nenhum sinal indicativo de uso ou favorecimento da prontidão de atenção ao próprio corpo e de concentração, trabalhados ao longo das sessões durante ou após o PECI-MIND.

Foi possível perceber indicativos de que G pode ter tido sua capacidade de enfrentamento favorecida pela participação no PECI-MIND, como aborda a segunda categoria de registro do eixo de análise, *enfrentamento*. A comparação dos resultados do AEH, antes e após a participação no PECI-MIND, assim como a entrevista após o PECI-MIND possibilitaram esta análise.

Pôde ser observado, por exemplo, que na Cena 2 do AEH, antes da participação de G no PECI-MIND, após dizer que o personagem estava chorando, respondeu que também, às vezes, chorava, quando ficava com fome, por ter ficado sem comer em função de algum exame programado. Após o PECI-MIND, confirmou que o personagem estava chorando e disse que ele próprio já não chorava porque não se sentia mais triste, apesar de ainda ter de passar às vezes por certas restrições, como as de jejum. G disse que não se sentia mais tão “revoltado”, estando mais calmo.

Já na Cena 3, antes do PECI-MIND, disse que o personagem estava bravo e que ele também ficava bravo com a sua mãe. Após o PECI-MIND, repetiu que o personagem estava com raiva e disse que ele não agia assim, dando como justificativa que era “Porque não tem porque ficar com raiva”, mostrando uma mudança de percepção da situação, de si mesmo e no seu comportamento.

Na Cena 6, antes do PECI-MIND, disse que ficava triste, tal como o personagem, não sabendo dar uma razão para isto. Já após o PECI-MIND, disse o contrário, isto é, que não ficava triste como o personagem e justificou que era “Porque eu tô bem, não me sinto mais nervoso aqui no hospital”.

Além dos exemplos acima, extraídos da aplicação do AEH, foi possível ver sinais do favorecimento da capacidade de enfrentamento de G através da entrevista realizada após sua participação no PECI-MIND. Nesta entrevista, G mencionou ter usado a atividade da visualização como recurso para lidar com a dor. Contou que, ao ter de enfrentar uma situação de dor, no dia da manutenção do cateter, tentou fazer a atividade, fechando os olhos e ficando bem relaxado, pensando em uma música e em coisas boas. Disse ter se sentido bem, mesmo não tendo conseguido fazer isto o tempo todo, pois às vezes abria os olhos e gritava um pouco de dor por causa do procedimento.

4.3.2.2 Aspectos desafiadores do programa

Neste eixo de análise, mais especificamente na primeira categoria de registro do eixo *manifestações de ansiedade*, percebeu-se nos registros das sessões que G demonstrava, em alguns momentos, algum grau de ansiedade, apesar de em geral participar bem do PECI-MIND e colaborar.

Na segunda sessão, por exemplo, G perguntou durante as atividades se já estavam acabando, demonstrando certa ansiedade. Nesta sessão, G estava um pouco ansioso para ir embora do hospital, para sua casa.

Na quarta sessão, G parecia inicialmente muito agitado. G lidava mal com a internação e conforme o tempo em que estava hospitalizado ia aumentando, ficava mais ansioso e incomodado. Quando a facilitadora chegou, ele estava jogando no celular e quis mostrar-lhe coisas no aparelho. Demorou a relaxar, não querendo parar o que fazia e nem fechar os olhos. Depois de quase dez minutos, conseguiu participar da sessão, se concentrando por algum tempo, mas logo em seguida já voltou a se desconcentrar, voltando sua mente e ações para coisas fora da atividade.

Na quinta sessão, G disse, logo no início, que estava ansioso para receber alta, embora esta ainda não estivesse prevista, por sentir muita falta de sua casa. Estava pouco disposto para a sessão, iniciando a participação por incentivo de sua mãe. Começou, então, a participar bem, mas logo depois, a facilitadora sentiu que G também foi ficando mais cansado e menos disponível ao longo da sessão, tendo mais dificuldade para realizar o segundo exercício.

Na sétima sessão, realizando a atividade do escaneamento corporal, na parte da cabeça, disse “a cabeça não precisa”, disse que essa parte do corpo já estava relaxada. Conforme ia passando pelas demais partes do corpo, G se adiantava dizendo que já percebera e relaxara aquelas partes, sendo possível notar uma certa ansiedade e vontade de terminar logo o exercício. Nesta sessão, G estava um pouco ansioso para ter alta. Na entrevista final, G mencionou sua dificuldade em incorporar as práticas no seu dia a dia, devido à sua dificuldade em ficar parado.

Como já dito, G era uma criança que apresentava muita resistência ao tratamento, com extrema dificuldade em aceitar a situação, especialmente as internações. Muito introvertido, extremamente dependente de sua mãe, se sentia muito inseguro, pois esta, por vezes, tinha que se ausentar, por ter outros filhos e também para fazer trabalhos pontuais para garantir alguma renda. Tudo isto parece ter contribuído para sua maior agitação e ansiedade.

Ainda neste eixo, em sua segunda categoria de registro, *dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos*, outro desafio ao bom aproveitamento do PECI-MIND por parte de G, percebido através dos registros das sessões, foi a dificuldade com determinados conceitos usados no PECI-MIND, como os de pensamento e sentimento.

Na terceira sessão, por exemplo, G teve muita dificuldade de verbalização, quase não se expressando, nem conseguindo responder o que são pensamentos ou sentimentos e quais são seus pensamentos e sentimentos. A facilitadora realizou, ainda assim, a explicação com calma e de forma que considerou lúdica e simples para que a criança pudesse acompanhar. Na quinta sessão, G mostrou mais facilidade na compreensão do que seja um pensamento e de como realizar a atividade da parada do pensamento do que a da prática dos sentimentos. Mostrou dificuldade em identificar seus sentimentos, mas mostrou mais facilidade com relação ao pensamento a respeito. Após a atividade, G falou que não percebeu naquele momento nenhum sentimento.

Na entrevista da etapa final, não foi possível colher mais elementos indicativos da dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos trabalhados no PECI-MIND.

4.3.2.3 Importância do aspecto lúdico

Neste eixo de análise, foi possível verificar manifestações de criatividade e ludicidade da criança, com observações nos registros das sessões incluídas na categoria *aspectos lúdicos incorporados às atividades*.

Na oitava sessão, G interrompeu a atividade para dizer que, ao fazer a prática da visualização, veio muito forte uma música na sua cabeça. Quis, então, mostrar à facilitadora a música no celular, o que fez cantando junto com ela. Depois, voltaram à atividade, mas G quis deixar a música ligada. Quando G mencionou, na entrevista após o PECI-MIND, a atividade da visualização como recurso para lidar com a dor, ele contou que tentou fazer a atividade “pensando numa música e em coisas boas”, o que mostrou como ele fez uma apropriação particular do exercício, incorporando realmente a música ao mesmo.

Essa atividade da prática de visualização foi mencionada pelo participante na entrevista final como algo de que recordou e utilizou para o enfrentamento de situações adversas, como o

manejo da dor, relativa à doença e ao seu tratamento Essa foi a atividade em que G mais brincou e pareceu se divertir, o que mostrou a importância do aspecto lúdico para uma maior retenção na memória e aproveitamento das atividades pelas crianças. Note-se que, no caso de uma criança que mostrou considerável dificuldade em lidar com a situação do tratamento (sobretudo, pela internação) e que nem sempre conseguiu participar com interesse das atividades, houve apropriação em seu benefício de recursos que aprendeu a usar com o PECI-MIND.

Ainda nesse eixo, na categoria *aspectos lúdicos dissonantes das atividades*, foram destacados, nos registros das sessões, os momentos em que a ludicidade e criatividade do participante estavam mais voltadas para brincadeiras fora do contexto do PECI-MIND, chegando a gerar dificuldades para a realização das atividades programadas.

Na quarta sessão, quando a facilitadora chegou, o menino estava jogando no celular, permanecendo assim e querendo mostrar a ela coisas que estava vendo, enquanto ela tentava introduzir a primeira atividade. G resistiu a soltar o celular para participar da sessão.

Na quinta sessão, G também estava se distraindo com o seu celular, vendo vídeos, quando a facilitadora chegou, apresentando, novamente, resistência em deixar o celular para iniciar as atividades.

Na sexta sessão, G recebeu bem a facilitadora e pediu para jogar um jogo com ela. A facilitadora sugeriu fazerem antes a atividade de *mindfulness* e ele concordou, mas pedindo para ela não esquecer o jogo depois.

Na sétima sessão, o menino voltou a receber bem a facilitadora e concordou em fazer as atividades. Estava novamente jogando no celular e, então, ela aguardou que ele terminasse para começarem. O pai o incentivou a parar o jogo e fazer as atividades.

Na entrevista, na etapa final, G mencionou seu celular como um recurso de distração e enfrentamento, demonstrando seu apego ao mesmo, o que dificultou, como visto, em alguns momentos, que o menino se desconectasse do aparelho para participar melhor das atividades do PECI-MIND.

4.4 Caso 4

4.4.1 Caracterização do caso

K era uma menina de nove anos, que possuía três irmãos mais novos e morava na cidade de Campos dos Goytacazes (afastada 280km da cidade do Rio de Janeiro) com sua mãe. Sua mãe tinha 30 anos e nível de escolaridade com Ensino Fundamental incompleto. Seu pai tinha 27 anos e o mesmo nível de escolaridade da mãe. K se encontrava em tratamento no INCA havia uma semana quando foi dado início ao estudo com ela.

O diagnóstico de K era de Linfoma Linfoblástico. O linfoma linfoblástico é responsável por 25% a 30% dos linfomas em crianças. É mais comum em adolescentes, sendo que a incidência em meninos é cerca de duas vezes maior do que nas meninas.

As células cancerígenas do linfoma linfoblástico são células jovens denominadas linfoblastos. Elas são do mesmo tipo às observadas na Leucemia Linfóide Aguda (LLA) em crianças. Na realidade, se mais de 25% da medula óssea é composta de linfoblastos, a doença é classificada e tratada como LLA em vez de linfoma. A chance de cura desse linfoma é de 50% dos caso tratamento destes linfomas iniciais é similar ao tratamento da leucemia linfóide aguda (LLA). A quimioterapia é administrada em três fases (indução, consolidação e manutenção), usando muitos medicamentos, sendo que nos primeiros seis meses o paciente fica preferencialmente internado e, posteriormente, com administração da medicação por via oral, o paciente pode estar em tratamento ambulatorial, permanecendo durante cerca de dois anos. K permaneceu internada durante todo tempo em que participou do estudo, numa enfermaria dupla (de dois leitos), queixando-se, às vezes, de saudades dos irmãos, mas demonstrando, em geral, uma surpreendente boa adaptação ao ambiente hospitalar.

K era uma menina, em geral, alegre, meiga e que fez um vínculo muito forte com a facilitadora. Circulava bem no hospital, ia sempre brincar na brinquedoteca, frequentava as aulas da classe hospitalar e se relacionava bem com a equipe de profissionais e com os outros pacientes. Estava com frequência rindo ou cantando músicas variadas. Muito educada, não era de fazer muitos pedidos, e parecia ficar extremamente feliz quando a facilitadora vinha lhe ver, mas demonstrava tristeza quando ela demorava a aparecer ou quando dizia que não iria em algum dia.

4.4.2 Quanto aos eixos/categorias temáticas definidos

4.4.2.1 Aspectos facilitadores do programa

Para este eixo de análise, foram obtidas, nos registros das sessões do PECCI-MIND, evidências de que K pôde apreender bem as atividades do PECCI-MIND, com boa capacidade de concentração e atenção ao próprio corpo, incluídos na primeira categoria de registro do eixo de análise, *atenção ao próprio corpo/concentração*.

Já na primeira sessão, K se manteve quieta nas atividades, atenta e seguindo as instruções. Fez bem o primeiro exercício, permanecendo de olhos fechados e de cabeça baixa. Depois, disse que esta posição lhe ajudou a melhor se concentrar e que passou toda a atividade

concentrada em sua respiração. Disse não ter tido muita dificuldade com relação a evitar distrações. Disse ainda ter se sentido bem e calma. A facilitadora falou com ela sobre o uso das atividades como algo que poderia ajudar mesmo depois das sessões e K disse que ficava nervosa muitas vezes em casa, com os seus irmãos e que as atividades poderiam, então, ser úteis. Disse que no hospital não tinha se sentido nervosa. Concentrou-se bem na terceira atividade (da meditação do sapo), conseguindo ficar sem se movimentar.

Na terceira sessão, a menina fez a atividade da parada dos pensamentos com calma e concentração. Disse que não teve muitos pensamentos, que conseguiu permanecer calma e prestando atenção na respiração, sem perder o foco.

Na quarta sessão, permaneceu quieta e de olhos fechados durante as atividades, seguindo concentrada as instruções. Só se desconcentrou quando ocorreu um barulho no quarto e ela então abriu os olhos para ver do que se tratava. Falou que conseguiu relaxar bem e não sentiu nenhuma parte do seu corpo ficar tensa. Na quinta sessão, ficou bem concentrada e calma na atividade. A menina demorou até a abrir novamente os olhos, ficando um pouco sonolenta. Disse não ter identificado pensamentos e sentimentos, mas ter se sentido bem e achado fácil o exercício.

Na sétima sessão, concordou em fazer a atividade do escaneamento corporal e se concentrou bem, ficando bem quieta e de olhos fechados, não parecendo ansiosa com a atividade. De modo contrário, até demorou para voltar a abrir os olhos e a se mexer ao terminar a atividade. Após o exercício, K disse que sentiu melhora em uma coceira que estava sentindo antes, no pescoço. Também comentou que lhe fez bem a atividade de contração e relaxamento.

Na oitava sessão, na hora de terminar a atividade da prática de visualização, a menina também demorou a abrir os olhos e a voltar a interagir. Gostou de fazer a atividade, não querendo terminá-la. K falou com muita calma e tranquilidade. A facilitadora perguntou se ela tinha gostado da atividade e K disse que sim, mas que a que ainda preferia e achava mais fácil era a da meditação do sapo.

Na entrevista, na etapa final, K não fez menção a ter recorrido aos recursos de atenção ao próprio corpo e de concentração após as sessões do PECCI-MIND.

Foi possível perceber ainda que K parece ter tido sua capacidade de enfrentamento favorecida pela participação no PECCI-MIND, a partir de observações que foram incluídas na segunda categoria de registro do eixo de análise *enfrentamento*. A comparação dos resultados do AEH antes e após a participação no PECCI-MIND, assim como a entrevista, possibilitaram esta assunção.

Pôde ser notado, por exemplo, que na Cena 2 do AEH, antes de participar do PECCI-MIND, K admitiu que se sentia triste, tal qual a personagem e afirmou sentir isso por estar sem amigos para brincar. Na mesma cena, após a realização do PECCI-MIND, K já disse não se sentir triste como o personagem, pois agora já brincava e fizera amigos no hospital. Esta fala parece sinalizar que a criança fez uma boa adaptação ao ambiente hospitalar, construindo bons recursos de enfrentamento, que podem ter sido favorecidos também pela participação no PECCI-MIND.

Na Cena 14 do AEH, antes do PECCI-MIND, identificou-se com o personagem que estava triste, justificando a tristeza por estar restrita no seu brincar. Depois do PECCI-MIND, disse que a personagem estava triste e assustada e contou que, apesar de se sentir, sim, assustada “com as agulhas”, conseguia se acalmar e “nem chorar” quando era “furada”, pois sabia que logo aquilo passaria.

Além dos exemplos acima trazidos pelos resultados do AEH, foi possível verificar o favorecimento da capacidade de enfrentamento de K através da entrevista realizada após o PECCI-MIND. Nesta entrevista, quando questionada sobre o que a ajudava quando estava nervosa, K falou sobre a meditação do sapo e que conseguiu fazê-la juntamente com a sua mãe, e que isto tinha lhe ajudado bastante. Com relação aos seus pensamentos, K também relatou que os exercícios a tinham ajudado a lidar melhor com seus pensamentos ligados ao temor da doença e da morte, ajudando-a até mesmo a falar sobre estes pensamentos, o que antes não era possível para ela. A partir do momento em que a menina pôde falar e entrar em contato com mais tranquilidade com estes pensamentos e sentimentos, parece ter se sentido menos angustiada.

4.4.2.2 Aspectos desafiadores do PECCI-MIND

Sobre este eixo de análise, mais especificamente na primeira categoria de registro do eixo *manifestações de ansiedade*, percebeu-se, nos registros das sessões, que K demonstrou, em alguns momentos, algumas poucas manifestações de ansiedade, apesar de gostar bastante do PECCI-MIND e colaborar bem no decorrer das atividades.

Na quarta sessão, a menina falou sobre o desejo de receber alta em breve, mesmo que fosse somente para ir para a Casa Ronald (uma casa de apoio, voluntária, que recebe crianças que residem longe do INCA e precisam de abrigo mais próximo ao hospital), se não pudesse ainda ir para casa, pois desejava, pelo menos, ver seus irmãos e acreditava que lá eles pudessem ficar com ela. Na sessão anterior, K já havia falado que estava triste, com saudades dos seus irmãos.

Na sexta sessão, K se desconcentrou por um momento das atividades, desviando o assunto para uma festa que haveria mais tarde, da classe hospitalar, que estava ansiosa que começasse logo. Tal desvio trouxe um desafio para a manutenção do foco na sessão. Foi importante que a facilitadora desse um pouco de atenção para o anseio da participante pela festa e, posteriormente, reconduzisse o foco para o PECCI-MIND.

Ainda neste eixo, em sua segunda categoria de registro *dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos*, outro desafio ao bom aproveitamento do PECCI-MIND por K foi identificado no registro das sessões, com a dificuldade com determinados conceitos usados no PECCI-MIND.

Na segunda sessão, K não soube dizer no início o que são os sentidos, mas entendeu bem a explicação que foi dada na ocasião e apreendeu bem. Na terceira sessão, com relação aos sentimentos, ela disse não saber o que seria, mas foi entendendo melhor conforme a facilitadora foi explicando e a conversa entre elas avançando, conseguindo realizar bem a atividade da prática dos sentimentos.

Na entrevista da etapa final, não foi possível colher mais extratos indicativos da ansiedade nem da dificuldade na identificação e verbalização dos conceitos como fatores de dificuldade para o aproveitamento do PECCI-MIND por K.

4.4.2.3 Importância do aspecto lúdico

Quanto a este eixo de análise, foi possível ver a criatividade e ludicidade da criança com observações incluídas na categoria *aspectos lúdicos incorporados às atividades* nos registros das sessões.

Na primeira sessão, na atividade da meditação do sapo, K se animou ao responder para a facilitadora onde o sapo morava. Disse que era na lagoa, cantando a música do “sapo que não lava o pé”. Prestou bastante atenção e gostou do exercício, mas disse não gostar de se imaginar como um sapo, preferindo se imaginar como uma bailarina, que lembrou também ao falar com a facilitadora sobre o pulo do sapo. Mencionou que fazia balé e mostrou poses. Na segunda sessão, K mostrou se divertir com as duas atividades (atenção plena ao toque e atenção plena ao sino).

Na entrevista, na etapa final, K mencionou a atividade da meditação do sapo como uma das que absorveu bem e utilizou posteriormente, realizando-a em vários momentos sozinha ou na companhia da mãe para se divertir, distrair-se e acalmar-se. Esta foi uma das atividades em

que K brincou e se divertiu, o que mostra a importância do aspecto lúdico para a melhor participação da criança na atividade e conseqüente melhor aproveitamento da mesma.

Ainda nesse eixo, na categoria *aspectos lúdicos dissonantes das atividades*, foram destacados, nos registros das sessões, os momentos em que a ludicidade e criatividade do participante estavam mais voltadas para brincadeiras fora do contexto do PECI-MIND, chegando a gerar dificuldades para a realização das atividades do programa.

Na segunda sessão, antes do fim da sessão, a mãe da participante ofereceu à criança um jogo que a mesma havia ganhado para que ela e a facilitadora jogassem juntas, desviando o foco da criança das atividades finais para o jogo. Na terceira sessão, K permaneceu montando um quebra-cabeças, enquanto a facilitadora conversava com ela. A menina também mostrou à facilitadora a pulseira que fez na brinquedoteca. Em determinado momento, ficou agitada, querendo mostrar os presentes que havia ganhado e fotos e vídeos da festa de Natal que teve no hospital, cantando junto com as musiquinhas dos vídeos. Isto trouxe um desafio para a condução da sessão nos moldes previstos, mas, aos poucos, a facilitadora foi fazendo um gancho do assunto com a sessão em curso, voltando à analogia da bailarina, que estava na festa de Natal e apareceu nos vídeos que ela mostrou, comentando que uma bailarina precisava de concentração e saber ficar parada para fazer seus passos. Desta forma, conseguiu-se voltar o foco para a sessão.

Na quarta sessão, K se distraiu um pouco querendo mostrar novamente à facilitadora, tal como na sessão anterior, os presentes que tinha ganhado de Natal, no hospital. Na sexta sessão, se distraiu também com a música da televisão e começou a cantá-la. Tais distrações e aspectos lúdicos alheios às atividades propostas são naturais de acontecerem dentro da faixa etária dos participantes do PECI-MIND, tendo sido necessário nestes momentos uma certa flexibilidade de tempo e espera da facilitadora, mas também, logo adiante, uma reconexão ao trabalho proposto, conectando de alguma forma algo das distrações com as propostas.

Na entrevista da etapa final, não foi colhido nenhum recorte de fala que indicasse que aspectos lúdicos dissonantes das atividades possam ter atrapalhado a apreensão do que foi realizado e proposto pelo PECI-MIND. Isto pode ter sido em função, provavelmente, de K nem ter percebido a interferência dos mesmos, tendo as situações ocorrido de modo espontâneo e sem que a atenção de K estivesse voltada para o quanto poderiam estar impactando as atividades propostas para aquela sessão.

5 DISCUSSÃO

O resultado principal, que deve ser inicialmente destacado, foi a completa estruturação do *Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento* (PECI-MIND). A elaboração do PEGI-MIND foi facilitada pelo fato de terem sido encontrados bons materiais com atividades práticas baseadas na *mindfulness* para crianças (Malboeuff-Hurtubise, 2014; Saltzman & Goldin, 2008; Semple, Reid, & Miller, 2005; Wall, 2005). A dificuldade foi adaptar as atividades para a realidade hospitalar. Algumas mudanças foram necessárias, como, por exemplo, a de realizar o PEGI-MIND duas vezes na semana durante quatro semanas e não, como ocorre em outros programas baseados em IBAP, semanalmente em oito semanas, para coincidir com o período de tratamento das crianças (em que elas permanecem mais tempo no hospital), facilitando assim o acesso a elas por parte da facilitadora. Houve, também, mais interrupções durante as sessões do que o encontrado na maior parte dos programas relatados na literatura, devido ao contexto específico hospitalar, em que medicamentos precisam ser administrados, e exames e consultas médicas precisam ser realizados, muitas vezes dentro do horário da sessão, sem que possam esperar sua finalização devido à rotina do hospital.

A implementação e a avaliação do PEGI-MIND terão seus resultados discutidos a seguir, organizados em três partes, com relação aos eixos/categorias temáticos definidos.

5.1 Síntese dos aspectos facilitadores do programa

O propósito do programa que compõe o objeto desta tese de doutorado foi o favorecimento do enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento, com utilização de práticas de *mindfulness*, promovendo a redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor manejo da dor. Assim sendo, é no primeiro eixo de análise, o dos aspectos facilitadores do programa, que, mais diretamente, se tem como avaliar o atingimento desse objetivo. As categorias que compõem o eixo, *a atenção ao próprio corpo/concentração* (o cerne das práticas de *mindfulness*) e, o *enfrentamento*, com o desenvolvimento de estratégias, são ambas avaliadas comparativamente, antes e após a participação no PEGI-MIND. Nos quatro casos de participantes, foi possível perceber uma boa adesão e apreensão por parte das crianças no que tange à *atenção ao próprio corpo/concentração* e ao *enfrentamento*.

Nesse primeiro eixo de análise, observaram-se comportamentos e reações de todas as crianças que indicaram um bom aproveitamento, com destaque para a primeira categoria (*atenção ao próprio corpo/concentração*). Foi assim, com todas as crianças, mais notavelmente

para o caso 2, em que, em todas as sessões, houve atenção do participante ao próprio corpo e concentração, acompanhando os movimentos da barriga, as batidas do coração e, principalmente, a respiração.

Nos três outros casos, também houve muitas constatações de momentos e situações de atenção ao próprio corpo e concentração por parte das crianças. No caso 1, logo na primeira sessão, o acompanhamento da respiração destacou-se. No caso 3, o mais interessante foi o sucesso na realização de todas as atividades por uma criança que vivia um difícil relacionamento pessoal com a situação de internação. No caso 4, em que, ao contrário, a participante aceitava relativamente bem a situação hospitalar, a concentração foi ainda mais notável, chamando atenção a sua profunda calma no final de diferentes exercícios.

Na segunda categoria (*enfrentamento*), o destaque foi o caso 1, em que as respostas ao AEH mudaram substancialmente ao final do PEGI-MIND. O participante informou que tinha aproveitado exercícios como o do sapo e da visualização do refúgio seguro para o enfrentamento da dor em situações pelas quais tinha passado. Na entrevista, destacou o uso da atenção à respiração para lidar com a dor na realização de curativo.

Os outros casos também apresentaram mudanças significativas que se refletiram nas respostas ao AEH e em menções interessantes na entrevista. As mudanças do caso 2 são em grau similar às do caso 1, assim como as referências ao uso dos exercícios feitos durante o PEGI-MIND em situações reais do cotidiano, posteriormente. Do mesmo modo, na entrevista, o caso 2 também relatou o uso do exercício da respiração para lidar com a dor durante os procedimentos de curativos. O mesmo aconteceu com o caso 3, que destacou particularmente a importância para ele do uso da visualização do refúgio seguro, que disse tê-lo ajudado muito em um momento difícil, que foi o da retirada do seu cateter.

Percebe-se, portanto, a importância das IBAPs (intervenções baseadas em *mindfulness*) para o melhor enfrentamento e redução na percepção da dor, tal como apontado na literatura (Campbell, Labelle, Bacon, Faris, & Carlson, 2012; Fjorback, Arendt, Ornbol, Fink, & Walach, 2011; Perlman, Salomons, Davidson, & Lutz, 2010). A redução da dor por práticas de *mindfulness* é justificada através do processo de ressignificação cognitiva, com base em uma reinterpretação do significado de um evento sensorial. Assim é que, um evento sensorial é visto sem juízo de valor, sem estar ligado a nenhuma característica negativa, simplesmente é percebido e não julgado (Zeidan, 2015). É dessa forma que se pode explicar a melhora dos participantes do PEGI-MIND em lidar com a dor associada à doença e ao tratamento.

Do mesmo modo, os relatos dos participantes do PEGI-MIND quanto ao uso das atividades para lidar com pensamentos e sentimentos correspondem ao que apontam Felder,

Dimidjian e Segal (2012). Com a ajuda de *mindfulness* a pessoa pode observar os pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem, aceitando-os sem julgá-los e identificando-os como eventos mentais e não como representações da realidade. Ao observar pensamentos e emoções a partir desta perspectiva, uma maior clareza de percepção mental pode ser alcançada. O treinamento em *mindfulness* objetiva praticar o estabelecimento de uma relação de maior aceitação com os pensamentos, ao invés de enfatizar a criação de pensamentos ainda que mais positivos e adaptativos. Assim, concentra-se exclusivamente em cultivar recursos internos, ao invés de tentar mudar o que se considera errado com a pessoa (Roemer & Orsillo, 2002). Observa-se no caso 4, como a criança pôde, a partir desta melhor percepção e aceitação de seus pensamentos e sentimentos, falar sobre e lidar melhor com o medo da morte trazido pela doença.

O maior contato com os próprios sentimentos ajuda na melhor regulação dos mesmos, favorecendo diversos tipos de enfrentamento, como o enfrentamento de controle secundário (que compreende os esforços para se adaptar ao estresse), de aproximação ao estressor (direcionado para lidar com o problema e as emoções relacionadas a este) e de foco na emoção (em que se busca uma regulação da resposta emocional provocada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, incluindo estratégias tais como o apoio social e o reforço positivo). Como já discutido no capítulo 1 (Introdução), o desenvolvimento da regulação emocional começa desde cedo e vai se aprimorando ao longo da ontogênese, com conquistas expressivas na faixa etária aqui contemplada.

Apesar de se ressaltar as conexões estabelecidas com melhoras vinculadas ao PECEI-MIND, é essencial que se leve também em conta a possibilidade de outros aspectos poderem ter contribuído para as mudanças nas respostas das crianças ou mesmo na evolução na participação delas ao longo das sessões. Como este não foi um estudo controlado, não há como se ter elementos suficientes para deduzir que todas as mudanças apresentadas nos casos foram decorrentes da participação no PECEI-MIND. Embora se possa conjecturar que o PECEI-MIND auxiliou no enfrentamento, outros aspectos, como a adaptação ao hospital com o decorrer do tempo ou até mesmo uma predisposição de algumas crianças para lidar com situações adversas e grandes dificuldades, podem ter contribuído para a melhora apresentada nos recursos de enfrentamento à doença e seu tratamento.

5.2 Síntese dos aspectos desafiadores do programa

Verificou-se que, para o funcionamento adequado do PECEI-MIND, foi importante encontrar formas de favorecer a realização, pelas crianças, das atividades propostas, em circunstâncias da situação hospitalar usualmente causadoras de ansiedade, como a perspectiva

para uma alta em breve. Além disso, foi importante também favorecer o entendimento por parte das crianças de conceitos abordados pelo PECEI-MIND, com os quais quase todas as crianças tiveram bastante dificuldade por não saberem bem o que significavam. Foi assim, especialmente, com sentimentos (mas também aconteceu com sensações e pensamentos) que elas demonstraram certo desconhecimento do que se tratava e alguma dificuldade em apreender mesmo com as explicações da facilitadora.

Os casos estudados nesta tese também se apresentaram, em certa medida, de forma semelhante com relação a esse segundo eixo de análise, havendo uma manifestação um pouco maior de ansiedade (categoria “manifestações de ansiedade”) nos casos 2 e 3, em que na maior parte das sessões do PECEI-MIND as crianças mostraram impaciência com sua duração. Nos outros casos, embora tenham aparecido também manifestações de ansiedade, foram em menor frequência e com relação a situações de determinada natureza ou mais pontuais, como com relação à quimioterapia e à ansiedade por alta, no caso 1, ou à ansiedade por festinhas do hospital, no caso 4.

Raramente a ansiedade apareceu relacionada à execução do PECEI-MIND em consequência de complexidade de alguma atividade. Ao contrário, em todos os casos, as manifestações de ansiedade estavam predominantemente relacionadas a situações ligadas à internação hospitalar e se acentuavam quando surgia alguma possibilidade de retorno para casa. Quando se aproximava o momento previsto para receberem alta, compreensivelmente, as crianças ficavam mais ansiosas e menos disponíveis para as atividades do PECEI-MIND, com mais pressa para que estas acabassem mais rapidamente. Era perceptível a ansiedade para retornarem logo às suas casas, à rotina de vida fora do hospital e às coisas e pessoas de que ficaram separadas e sem ver, devido ao tratamento.

A ansiedade é um sentimento comumente relatado por crianças com câncer, independentemente de sua idade, e relacionado com os diversos procedimentos a que ficam sujeitas, como exames e internações hospitalares prolongadas, que, por vezes, limitam os movimentos e atividades, como o brincar (Hostert, Enumo, & Loss, 2014). O processo de hospitalização na infância é considerado como uma situação extremamente traumática, podendo desencadear a ansiedade (Castro et al., 2010).

Estudos como o de Rosenberg et al (2015) têm apontado a importância de um ambiente tranquilo durante a realização das atividades. Por outro lado, a capacidade dos participantes do presente estudo em aproveitar as experiências da aplicação do PECEI-MIND em condições normais de internação hospitalar demonstra a possibilidade disto facilitar a transferência da

experiência vivenciada nas atividades para as situações do cotidiano que elas podem ser vivenciadas.

Com relação à segunda categoria, “dificuldade na identificação e verbalização de determinados conceitos”, observou-se uma grande dificuldade das crianças na compreensão e expressão com relação à noção de sentimentos e emoções e, em certa medida, embora menor, uma dificuldade também com o conceito de pensamento e de sensações e percepções corporais. Neste aspecto, portanto, foi evidenciada uma maior dificuldade das crianças durante a terceira e a quinta sessões.

No exercício da prática dos sentimentos, foi muito difícil para algumas crianças identificarem e nomearem seus sentimentos. É possível que estas crianças estivessem pouco habituadas a perceber e falar sobre aspectos emocionais (ênfatisados na atividade da prática dos sentimentos) e sensoriais (ênfatisados nas sessões que trabalharam a atenção plena aos sentidos e na atividade do escaneamento corporal). Pôde-se perceber uma dificuldade um pouco menor no caso 4, talvez por se tratar de uma criança dois anos mais velha que as outras, o que pode ter permitido uma melhor compreensão quanto a conceitos e abstrações, tendo-se observado um maior aproveitamento dos exercícios destas sessões neste caso.

Hayes e Greco (2008) também perceberam esse tipo de dificuldade em seu trabalho, reforçando a importância de que as instruções dadas às crianças sejam sempre mais concretas, que o tempo dos exercícios seja curto e que envolva movimento físico e discussão posterior sobre os diferentes sentimentos e pensamentos provocados pelos mesmos. Todas essas recomendações foram seguidas no PECEI-MIND, exceto o que se refere à parte de envolver movimento físico, o que poderia ser acrescentado em uma versão posterior, decorrente dessa primeira iniciativa de elaboração e implementação. Pensamos também que, sendo considerada uma pequena ampliação tempo, se poderia ter uma conversa e explicação maior sobre sentimentos e pensamentos, acompanhada por atividades e exemplos, não necessariamente ligadas à *mindfulness*, mas voltadas a estes conceitos que são por vezes pouco explorados com crianças nesta faixa etária, tanto no contexto familiar quanto no escolar.

5.3 Síntese da importância do aspecto lúdico

De maneira geral, em todos os casos ficou evidente a importância do aspecto lúdico para as crianças. No caso 1, o participante incorporou à atividade da meditação do sapo a brincadeira de comer moscas hipotéticas, enquanto no caso 4, a participante associou uma música que se referia ao sapo e, a seguir, o substituiu por uma bailarina. Na atividade do escaneamento

corporal, no caso 1, a criança brincou de mover os braços como um boneco, enquanto o participante do caso 2 incorporou movimento a outras partes do corpo, além dos braços. Na atividade da prática de visualização, o participante do caso 1 incorporou a imaginação de estar comendo um de seus pratos favoritos e do percurso do carro que estaria dirigindo, enquanto o participante do caso 2 incorporou o movimento e o barulho dos cascos do cavalo em que estaria passeando. Já o participante do caso 3, associou uma música à sua visualização.

Essa observação põe em evidência a importância de se refletir sobre ajustes na abordagem do PEGI-MIND com relação a este aspecto, tendo sido percebida a necessidade de valorizar mais as brincadeiras próprias da etapa do desenvolvimento em foco, nas atividades propostas.

Por outro lado, foi também notada a relevância de saber-se lidar com as situações em que a busca por brincadeiras e uso de brinquedos dificultavam a colaboração da criança e sua participação no PEGI-MIND. A ocorrência de situações assim acabou levando a facilitadora a ter uma certa flexibilidade nos momentos em que a criança insistia em continuar brincando e se envolvendo com brinquedos que não faziam parte das atividades componentes da sessão em curso. Frequentemente, a facilitadora encontrou as quatro crianças com brinquedos, quebra-cabeças, instrumentos musicais, jogos no celular ou programas de televisão e tornou-se difícil, por vezes, fazê-los voltar sua atenção para os exercícios propostos. Certa flexibilidade por parte da facilitadora se tornou necessária nesses momentos.

Por exemplo, no caso 4, foi preciso brincar um pouco com os presentes de Natal que a participante havia ganhado até ela deslocar sua atenção para as atividades do PEGI-MIND. No caso 1 e no caso 3, a facilitadora recorreu ao compromisso de participar do jogo no celular das crianças depois da realização das atividades para conseguir interromper o jogo em que a criança se mantinha concentrada. No caso 2, foi feita uma tentativa de participar um pouco do jogo, para interrompê-lo em seguida, e iniciar a atividade, porém a criança acabou mantendo a atenção no jogo durante a atividade.

Isso trouxe certa dificuldade para a aplicação do PEGI-MIND. É preciso que se esteja sempre atento à possibilidade de algo que possa desviar a atenção da criança impedindo ou dificultando que ela permaneça envolvida com a atividade proposta, aproveitando ao máximo o que a mesma possa proporcionar. Cabe ressaltar que, na faixa etária abarcada pelo PEGI-MIND, há ainda uma dificuldade em concentrar a atenção no cumprimento de tarefas, devido à dificuldade em adiar o prazer imediato, implicando pouca paciência para a construção de prazeres a mais longo prazo, o que parece ser mais fácil para crianças mais velhas (White, Prager, Schaefer, Kross, Duckworth, & Carlson, 2017). Isso vale para as crianças em

geral, mas vale ainda mais para as crianças em tratamento oncológico, que têm necessidade de uma compensação de prazer imediato diante do alto grau de sofrimento pelo qual estão passando e das privações a que estão sujeitas.

Um ajuste a ser incorporado ao PECCI-MIND incluir é a inclusão de uma orientação para o/a facilitador/a, no sentido de que deve procurar sempre agendar previamente, ainda que no dia, com a criança e/ou responsável o horário da realização da sessão. Desse modo, se poderia ter como resultado alguma diminuição das situações em que a facilitadora ao chegar para a realização da sessão encontre a criança envolvida em algum jogo ou brincadeira em que esteja muito interessada e tenha que interromper para atender às atividades do PECCI-MIND.

O ponto principal que foi percebido, no entanto, foi a necessidade de se incluir no PECCI-MIND uma intervenção lúdica de caráter mais diretivo. A alternativa de uma intervenção lúdica não-diretiva deixaria a critério da criança escolher com o que e como quer brincar, com o terapeuta apenas acompanhando-a em seu processo. Já na intervenção lúdica diretiva, além da brincadeira por si só, há a definição prévia de objetivos associados a serem alcançados, o que parece mais conveniente para um programa com os propósitos e características do aqui proposto. Neste caso, a atividade não é escolhida pela criança, mas pelo facilitador, que a propõe para a criança (Motta & Enumo, 2010).

Do ponto de vista da criança, segundo Motta e Enumo (2002), o interesse e o uso da brincadeira devem-se principalmente ao efeito imediato que o divertimento e o entretenimento têm. Ao brincar no hospital, a criança transforma o ambiente em que se encontra, tornando-o um pouco mais próximo de sua realidade cotidiana externa, o que pode ter um efeito bastante positivo na sua hospitalização. Por isso, a atividade recreativa em si, não-diretiva, ou seja, espontânea e desinteressada, tem por si só um efeito terapêutico, pois promove o bem-estar da criança. Por outro lado, o brincar com uma aplicação mais diretamente ligada a iniciativas como a do programa aqui analisado ou a procedimentos médicos específicos, em uma atividade lúdica diretiva, às vezes chamada terapêutica, é mais bem rotulada como técnica, já que terapêuticas as duas formas são. Esta forma de aplicação refere-se ao uso da brincadeira pela criança hospitalizada para ajudá-la na compreensão e na melhor adaptação ao tratamento, que, conforme já dito acima, é o propósito do programa aqui exposto (Motta & Enumo, 2002).

Como exemplo de intervenções diretivas que apareceram como possíveis de serem incluídas estão refrões sonoros e movimentos ritmados que em alguns casos vimos as crianças inserirem naturalmente no desenvolvimento das atividades. Assim, na atividade da meditação do sapo, se convidaria a criança a cantar um pequeno trecho da canção infantil do sapo na lagoa, se a conhecesse. Do mesmo modo, na apresentação do exercício da atenção ao corpo, ao

concentrar-se nos braços, poder-se-ia incluir uma representação do balanço dos braços sacudidos pelo vento, que estimularia a criança, ao chegar neste ponto, a manter-se concentrada no desenvolvimento da atividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um programa de enfrentamento ao câncer e seu tratamento baseado em práticas de *mindfulness* aplicado a crianças, como o que foi proposto nesta tese, é de amplo interesse para a prática hospitalar e para a psicologia pediátrica. A psicologia pediátrica, conforme Roberts (2003), consiste em um campo interdisciplinar que estuda um amplo conjunto de assuntos sobre desenvolvimento, saúde e doença física ou mental que afetam crianças, adolescentes e famílias. Mais especificamente, conforme Barros (1999), um dos objetivos da psicologia pediátrica é o de intervir terapêuticamente nos problemas de saúde física e mental de crianças e adolescentes, especialmente em situações de doença crônica ou de tratamento prolongado (como é o caso do câncer), a fim de incentivar o desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento e adesão ao tratamento.

Partindo dessas ideias esta tese abrangeu uma elaboração teórica e reflexiva sobre enfrentamento apoiado em práticas de *mindfulness* e sobre estratégias de enfrentamento em situações de doenças crônicas como o câncer infantil, além de uma recuperação dos estudos mais recentes nesse campo. No entanto, o foco principal dessa pesquisa foi direcionado para a elaboração, implantação e avaliação de contribuições de um programa de intervenção com os objetivos já citados. Assim sendo, pode ser considerado que o principal desdobramento do desenvolvimento dessa pesquisa tenha sido de ordem prática. Após a realização dos estudos-piloto e do estudo propriamente dito envolvendo o programa concebido, foi possível se pensar no aprimoramento deste programa. Ele ainda deverá passar pelo crivo de futuras implementações e avaliações, chegando ao ponto de poder ser institucionalizado e empregado em base regular, em instituição hospitalares, sobretudo na instituição de trabalho da pesquisadora, o INCA.

A institucionalização do PECCI-MIND em unidades hospitalares daria ensejo ao apoio às crianças de uma faixa etária que se acredita muito poderá se beneficiar e para a qual não parece haver programas semelhantes implantados. Propiciaria também o aperfeiçoamento da sua execução. Poderia, por exemplo, ser incluído no processo terapêutico o estímulo à repetição autônoma de atividades propostas nas sessões, nos intervalos livres de outros cuidados.

O PECCI-MIND tem como objetivo justamente o favorecimento do processo de enfrentamento da doença e seu tratamento pela criança com câncer, através da promoção da redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor controle da dor. Além disso, as práticas de *mindfulness* favorecem o manejo da imprevisibilidade e da falta de controle com relação aos procedimentos invasivos com que as crianças em tratamento

oncológico muitas vezes têm de lidar. O uso de *mindfulness*, com o desenvolvimento da capacidade de aceitação sem julgamento, proporciona também um maior contato com os próprios sentimentos e uma melhor regulação dos mesmos, favorecendo diversos tipos já descritos de enfrentamento, como o enfrentamento de controle secundário, de aproximação ao estressor e de foco na emoção.

Com relação aos êxitos do PEGI-MIND, pode-se dizer que, de maneira geral, todos os participantes aderiram bem ao mesmo, muito embora, em algumas atividades de certas sessões, uma ou outra criança tenha tido alguma dificuldade maior. Mesmo assim, todos conseguiram realizar as atividades propostas e sempre as concluíram, ainda que cada um à sua maneira.

Todos apreenderam bem o conteúdo e os exercícios propostos durante as práticas das diferentes sessões do PEGI-MIND, conseguindo se lembrar dos mesmos, descrevendo-os para a facilitadora ou para seus familiares e pessoas da equipe de saúde, de forma que demonstravam bom entendimento da proposta e objetivos de cada um. O mesmo se deu com relação aos objetivos do PEGI-MIND. Com isso, mostraram ter se apropriado, em boa medida, das ideias centrais que estavam alicerçadas nas noções de *mindfulness* (como atenção ao próprio corpo, atenção aos próprios sentimentos e pensamentos e aceitação sem julgamentos) que lhes foram expostas pela facilitadora. Verificou-se também que o envolvimento nas atividades ensejou forte vínculo das crianças com a facilitadora e engajamento com o PEGI-MIND.

Com relação às dificuldades encontradas na aplicação do PEGI-MIND, uma das observadas está associada ao fato de a facilitadora do PEGI-MIND ser também a psicóloga de referência da criança. Essa situação levou a que as crianças, por vezes, desviassem um pouco da proposta de atividades da sessão, demandando atividades realizadas nos atendimentos psicológicos.

Outra dificuldade constatada foi a falta de maior motivação para que as crianças atendessem aos pedidos e orientação da facilitadora para que repetissem os exercícios depois de cada sessão, de forma autônoma. Era incentivado, ao final de cada sessão, que elas os fizessem nos intervalos entre as sessões, nas situações pertinentes como, por exemplo, ao sentirem dor. Era perguntado, na sessão seguinte, se chegaram a fazê-los novamente, procurando saber antes, com cada uma, se surgira a necessidade de ter recorrido aos exercícios. Apenas em um dos casos se viu um maior êxito na repetição das atividades entre uma sessão e outra. Nos demais, algumas dificuldades foram relatadas, incluindo a de realizar os exercícios de modo autônomo e sem a ajuda da facilitadora, e a preferência por atividades mais agitadas e que exigissem menor concentração.

As possibilidades de aperfeiçoamento levantadas a partir dessa primeira implementação apontam para a criação de recursos que favoreçam uma participação ainda maior das crianças. Notou-se, que essa participação pode ser prejudicada, às vezes, pela ansiedade gerada por situações momentâneas, como a iminência de determinado evento, e outras vezes pela dificuldade de entender certos conceitos usados no PEGI-MIND, como o de sentimento. O interesse das crianças por seus jogos e brinquedos também, enquanto, de um lado, pode prejudicar o seu envolvimento no PEGI-MIND, de outro lado, poderá ser aproveitado com a inclusão de algumas brincadeiras curtas em certas atividades que estimulem o engajamento.

Acredita-se também que o roteiro da entrevista para avaliação do PEGI-MIND se mostrou muito voltado para o enfrentamento, permitindo recortes ricos para esta categoria, mas, por outro lado, trazendo pouco retorno dos participantes a respeito de outros aspectos de interesse. Uma mudança no roteiro poderia trazer mais dados sobre as dificuldades encontradas pelas crianças com relação ao PEGI-MIND e assim permitir melhores ajustes e aperfeiçoamento continuado do mesmo.

Ainda que o PEGI-MIND tenha sido aplicado em crianças com câncer, é plausível se pensar que ele possa ser aplicado no contexto de outras doenças crônicas. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de sua aplicação para um público mais amplo no contexto hospitalar. A avaliação dos resultados mais imediatos do PEGI-MIND, assim como o acompanhamento dos egressos do mesmo ao longo de um período mais amplo de tempo, suscitaria também desenvolvimentos nos âmbitos teórico e prático. Espera-se que essa iniciativa traga ainda contribuições no sentido de servir como fonte de motivação e base de referência para a elaboração de outros programas de semelhantes propósitos e investigações científicas.

REFERÊNCIAS

- Akard, T. F., Dietrich, M. S., Friedman, D. L., Hinds, P. S., Given, B., Wray, S., & Gilmer, M. J. (2015). Digital storytelling: An innovative legacy-making intervention for children with cancer. *Pediatric Blood and Cancer*, 62(4), 658-665.
- Aldridge A. A., & Roesch S. C. (2007). Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 115–129.
- Anderzén-Carlsson, A., Sörlied, V., & Kihlgrena, A. (2012). Dealing with fear from the perspective of adolescent girls with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 286-292.
- Andrea, M. L. M. (2008). Oncologia Pediátrica. In V. A. Carvalho (Org.). *Temas em Psico-oncologia* (pp.477-495). São Paulo: Summus.
- Arch, J. J., & Ayers, C. R. (2013). Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 434-442.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006) Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1849–1858.
- Arch, J. J., & Landy, L. N. (2015). Emotional Benefits of Mindfulness. In Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.), *Handbook of Mindfulness Theory, Research, and Practice* (pp. 208-224). New York: Guilford Press.
- Arruda-Colli, M. N. F., Perina, E. M., & Santos, M. A. (2015). Experiences of Brazilian children and family caregivers facing the recurrence of cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 458-464.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barr, R., Silva, A., Wong, M., Frid, W., Posgate, S., & Browne, G. (2010). A comparative assessment of attendance and nonattendance at camp trillium by children with cancer and their families including their utilization of health and social services. *Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 32(5), 358- 365
- Benson, M. A., Compas, B. E., Layne, C. M., Vandergrift, N., Pasalic, H., Katalinski, R., & Pynoos, R. S. (2011). Measurement of post-war coping and stress responses: A study of Bosnian adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 323–335.
- Bernardes-da-Rosa, L. (2003). *Ajustamento do comportamento de crianças com câncer a procedimentos invasivos: intervenção cognitivo-comportamental*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Bierman, K. L., Domitrovich, C. E., Nix, R. L., Gest, S. D., Welsh, J. A., Greenberg, M. T., & Gill, S. (2008). Promoting academic and social-emotional school readiness: The Head Start REDI program. *Child Development*, 79, 1802–1817.

- Binnebesel, J. (2011). The impact of a chronic disease on the psychosocial development of children (based on the example of cancer). *Advances in Palliative Medicine, 10*(2), 57-63.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Bisignano, A., & Bush, J. P. (2006) Distress in Pediatric Hematology–Oncology Patients Undergoing Intravenous Procedures: Evaluation of a CD-ROM Intervention. *Children’s Health Care, 35*(1), 61-74.
- Black, D. S., Milam, J., & Sussman, S. (2009). Sitting-meditation interventions among youth: A review of treatment efficacy. *Pediatrics, 124*(3), 532-541.
- Blair, C., & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development, 78*, 647-666.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research, 29*(5), 501-510.
- Brown, C., Pikler, V., Lavish, L., & Keune, K. (2008). Surviving Childhood Leukemia: Career, Family, and Future Expectations. *Qualitative Health Research, 8*(1), 19-30.
- Burke, C. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 133-144.
- Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2012). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(3), 62-271.
- Campos, S. M. S. (2017). *O brincar de faz de conta de crianças com cancer que se submetem ao processo de quimioterapia*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.
- Cantrell, M. A. (2011). A narrative review summarizing the state of the evidence on the health-related quality of life among childhood survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 28*(2), 75-82.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six month follow-up. *Supportive Care in Cancer, 9*, 112-123.
- Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E., & Speca, M. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 31*(25), 3119-3126.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of

- mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior & Immunity*, 21(8), 1038-1049.
- Carlson, L. E. (2015). Mindfulness-Based Interventions for Physical Conditions: A Selective Review. In Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.), *Handbook of Mindfulness Theory, Research, and Practice* (pp. 405-425). New York: Guilford Press.
- Castellano-Tejedor, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Toledo, J. S., Gallego, S., & Blasco, T. (2013). Surviving Childhood Cancer: Relationship Exercise and Coping on Quality of Life. *Spanish Journal of Psychology*, 16(1), 1–8.
- Castellano-Tejedor, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Sábado-Álvarez, C., & Blasco, T. (2015). Social support during childhood cancer treatment enhances quality of life at survival. *Anales de psicología*, 31(3), 808-817.
- Castro, D. P., Andrade, C. U. B., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., & Santos, L. H. G. (2010) Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*, 32(4) 246-54.
- Chari, U., & Appaji, L. (2013). Exploring Play Therapy in Pediatric Oncology: A Preliminary Endeavour. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(4), 303–308.
- Cline, R. J. W., Harper, F. W. K., Penner, L. A.; Peterson, A. M.; Tauba, J. W., & Albrecht, T. L. (2006). Parent communication and child pain and distress during painful pediatric cancer treatments. *Social Science & Medicine*, 63, 883–898.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., & Cole, D. A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1132–1142.
- Compas, B. E., Desjardins, L., Vannatta, K., Young-Saleme, T., Rodriguez, E. M., Dunn, M., Bemis, H., Snyder, S., & Gerhardt, C. A. (2014). Children and adolescents coping with cancer: Self- and parent reports of coping and anxiety/depression. *Health Psychology*, 33(8): 853-861.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary responses to stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-992.
- Costa Jr., A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. C. Dessen, & A. L. Costa Júnior (Orgs.), *Ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*, 171-189. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(8), 909-921.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação em Psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em psicologia pediátrica*, (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 564-570.
- Denhan, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (2015). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research*, (pp. 590-613). New York, NY, US: Guilford Press.
- Dias, J. J., Silva, A. P. C., Freire, R. L. S., & Andrade, A. S. A. (2013). A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. *Revista Mineira de Enfermagem*, *17*(3), 608-613.
- Dijk-Lokkart, E., M., Braam, K. I., Kaspers, G. J. L., Dulmen-den Broeder, E., Takken, T., Grootenhuis, M.A., Streng, I.C., Bierings, M., Merks, J. H., Heuvel-Eibrink, M. M., Veening, M. A., & Huisman, J. (2015). Applicability and evaluation of a psychosocial intervention program for childhood cancer patients. *Support Care Cancer*, *23*, 2327–2333.
- Eapen, V., Mabrouk, A., & Bin-Othman, S. (2008). Attitudes, Perceptions, and Family Coping in Pediatric Cancer and Childhood Diabetes. *Annals of New York Academy of Sciences*, *1138*, 47-49.
- Earle, E.A., & Eiser, C. (2007). Children's Behaviour Following Diagnosis of Acute Lymphoblastic Leukaemia: A Qualitative Longitudinal Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *12*(2), 281–293.
- Eisenberg, N., Hofer, C., Sulik, M., & Spinrad, T. L. (2014). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, (pp. 157–172). New York: Guilford Press.
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., Essen, L., & Mattsson, E. (2011). Cancer during Adolescence: Negative and Positive Consequences Reported Three and Four Years after Diagnosis. *Plos One*, *6*(12): e29001.
- Epstein, R. (2011). El relato y la realidad. In: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires - XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica (pp.240-246). Buenos Aires.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, *22*, 716–21.
- Facci, M. G. D. (2004). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostki. *Cadernos CEDES*, *24*(62), 64-81.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, *10*(1), 25-33.
- Felder, J. N., Dimidjian, S., & Mattsson, E. (2011). Collaboration in mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of clinical psychology*, *68*(2), 179-186.

- Filin, A., Treisman, S., & Bortz, A. (2009). Radiation therapy preparation by a multidisciplinary team for childhood cancer patients aged 3.5 - 6 Years. *Pediatric Oncology Nursing*, *26*(2), 81-85.
- Firoozi, M., Besharat, M. A., & Segal, Z. (2012). Emotional Regulation and Adjustment to Childhood Cancer: Role of the Biological, Psychological and Social Regulators on Pediatric Oncology Adjustment. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, *6*(2), 65-72.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *124*, 102–119.
- Frost, J. L., Wortham, S. C., & Reifel, S. C. (2011). *Play and child development*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Garland, S. N., Carlson, L. E., Antle, M. C., Samuels, C., & Campbell, T. (2011). I-CAN SLEEP: rationale and design of a non-inferiority RCT of mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia in Cancer survivors. *Contemporary Clinical Trials*, *32*(5), 747-754.
- Germann, J. N., Leonard, D., Stuenzi, T. J., Radu, M. S., Pop, B., Stewart, S. M., & Leavey, P. J. (2015). Hoping Is Coping: A Guiding Theoretical Framework for Promoting Coping and Adjustment Following Pediatric Cancer Diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(9), 846–855.
- González-Arratia, N. I., Nieto, D., & Aldez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, *8*(1), 101-111.
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, *108*, 32-41.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43.
- Harper F. W., Penner L. A., Peterson A., Albrecht T. L., & Taub, J. (2012). Children’s positive dispositional attributes, parents’ empathic responses, and children’s responses to painful pediatric oncology treatment procedures. *Journal of Psychosocial Oncology*, *30*(5), 593–613.
- Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, *131*(1), 99-109.
- Hendricks, C. G. (1975). Meditation as discrimination training: A theoretical note. *Journal of Transpersonal Psychology*, *7*, 144-146.
- Hendricks-Ferguson, V. (2008). Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. *Western Journal of Nursing Research*, *30*(3), 385-401.

- Herman, A. R. S., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: relato de caso. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(4), 238-244.
- Hermont, A. P., Scarpelli, A. C., Paiva, S. M., Auad, S. M., & Pordeus, I. A. (2015). Anxiety and worry when coping with cancer treatment: agreement between patient and proxy responses. *Quality Life Research*, 24, 1389–1396.
- Hildenbrand, A. K., Clawson, K. J., Alderfer, M. A., & Marsac, M. L. (2011). Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment. *Journal of Pediatric Oncology*, 28(6), 344–354.
- Hildenbrand, A. K., Alderfer, M. A., Deatrck, J. A., & Marsac, M. L. (2014). A mixed methods assessment of coping with pediatric cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 37-58.
- Hocking, M. C., Barnes, M., Shaw, C., Lochman, J. E., Madan-Swain, A., & Saeed, S. (2011). Executive function and attention regulation as predictors of coping success in youth with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 64–73.
- Hooker, K. E., & Fodor, I. E. (2008). Teaching mindfulness to children. *Gestalt Review*, 12, 75-91.
- Hostert, P. C. C. P; Enumo, S. R. F., & Loss, A. B. M. (2014). Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(1), 127-140.
- 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*, 32(4), 627-639.
- Ivanovski, B., & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76–91.
- Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 37, 335–342.
- Jones, J. K., Kamani, S. A., Bush, P. J., Hennessy, K. A., Marfatia, A., & Shad, A.T. (2010). Development and Evaluation of an Educational Interactive CD-ROM for Teens with Cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 55, 512–519.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Bantam Doubleday Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness meditation for everyday life*. New York: Hyperion.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.

- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 1105–1112.
- Larouche, E., Hudon, C., & Goulet, S. (2015). Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: An interdisciplinary perspective. *Behavioural Brain Research*, *276*, 199-212.
- Last, B. F., Stam, H., Nieuwenhuizen, A. O., & Grootenhuis, M. A. (2007). Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. *Patient Education and Counseling*, *65*, 101–112.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lehto, R., Wyatt, G., Niemiec, Sikorskii, A., Tesnjak, I., & Kaufmann, V. H. (2015). Home-based mindfulness therapy for lung cancer symptom management: a randomized feasibility trial. *Psycho-Oncology*, *24*(9), 1208-1212.
- Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., ... Shelton, M. M. (2012). A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, *15*(3), 37-47.
- Lengacher, C. A., Kip, K. E., Post-White, J., Fitzgerald, S., Newton, C., Barta, M., ... Klein, T. W. (2013). Lymphocyte recovery after breast cancer treatment and mindfulness-based stress reduction (MBSR) therapy. *Biological Research for Nursing*, *15*(1), 37-47.
- Li, H. C., Chung, O. K., Ho, K. Y., Chiu S. Y., & Lopez, V. (2011). Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, *20*(9), 969–976.
- Lima, A. S., Barros, L., & Enumo, S. R. F. (2014). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia*, *31*(4), 559-571.
- Lumma, A.-L., Kok, B. E., & Singer, T. (2015). Is Meditation always relaxing? Investigating heart rate, heart rate variability, experienced effort and likeability during training of three types of meditation. *International Journal of Psychophysiology*, *97*(1), 38-45.
- Malboeuf-Hurtubise, C., Achille, M; Muise, L., Beaugard-Lacroix, R., Vadnais, M., & Lacourse, E. (2016). A Mindfulness-Based Meditation Pilot Study: Lessons Learned on Acceptability and Feasibility in Adolescents with Cancer. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(4), 1168-1177.
- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D., Bowden, M., & Wallond, J. (2012). Transforming the perceptual situation: A metaethnography of qualitative work reporting patients' experiences of mindfulness-based approaches. *Mindfulness*, *3*, 60–75.
- Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N., & Last, B. F. (2006). Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho-Oncology*, *15*, 31–43.

- Maurice-Stam, H., Grootenhuis, M. A., Brons, P. P. T., Caron, H. N., & Last, B. F. (2007). Psychosocial Indicators of Health-Related Quality of Life in Children with Cancer 2 Months after End of Successful Treatment. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29(8), 540-550.
- Maurice-Stam, H., Oort, F. J., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2009). A predictive model of health-related quality of life in young adult survivors of childhood cancer. *European Journal of Cancer Care*, 18, 339–349.
- Maurice-Stam, H., Oort, F. J., Last, B. F., Brons, P. P. T., Caron, H. N., & Grootenhuis, M. A. (2009). School-aged children after the end of successful treatment of non-central nervous system cancer: longitudinal assessment of health-related quality of life, anxiety and coping. *European Journal of Cancer Care*, 18, 401–410.
- Maurice-Stam H., Silberbusch, L. M., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2009). Evaluation of a psycho-educational group intervention for children treated for cancer: a descriptive pilot study. *Psycho-Oncology*, 18, 762–766.
- McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 133, 29-44.
- McMurtry, C. M., Chambers, C. J., McGrath, P. J., & Asp, E. (2010). When “don’t worry” communicates fear: Children’s perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain*, 150, 52-58.
- Miller, K. S., Vannatta, K., Compas, B. E., Vasey, M., McGoron, K. D., Salley, C. G., & Gerhardt, C. A. (2009). The role of coping and temperament in the adjustment of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 1135–1143.
- Mitre, R.M.A., & Gomes, R.A. (2004). Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência da Saúde Coletiva*, 9(1),147-154.
- Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. (2020). *Estimativa 2020 - Incidências de Câncer no Brasil*. INCA, Rio de Janeiro.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psicologia USF*, 13(2), 221-231.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES..
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 3, 23-41.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização para crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.
- Munhoz, M. A., & Ortiz, L. C. M. (2006). Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento em situação de internação hospitalar. *Educação*, 58(1), 65-83.

- Ndao, D. H., Ladas, E. J., Cheng, B., Sands, S. A., Snyder, K. T., Garvin, J. H. Jr., & Kelly, K.M. (2012). Inhalation aromatherapy in children and adolescents undergoing stem cells infusion: Results of a placebo-controlled double-blind trial. *Psychooncology*, *21*(3), 247-54.
- Niemiec, C. P., Brown, K. W., Kashdan, T. B., Cozzolino, P. J., Breen, W. E., Levesque-Bristol, C., & Ryan, R. M. (2010). Being present in the face of existential threat: The role of trait mindfulness in reducing defensive responses to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*(2), 344-65.
- Noll, R. B., & Kupst, M. J. (2007). Commentary: The psychological impact of pediatric cancer hardiness, the exception or the rule? *Journal of Pediatric Psychology*, *32*, 1089-1098.
- O'Conner-Von, S. (2009). Coping With Cancer: A Web-Based Educational Program for Early and Middle Adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *26*(4), 230-241.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático Categorial: Uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem da UERJ*, *16*(4), 569-76.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- Perina; E. M, Mastellaro, M. J, & Nucci, N. A. G. (2008). Efeitos Tardios do Tratamento do Câncer na Infância e na Adolescência. In Carvalho, V. A (org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 496-504). São Paulo: Summus.
- Perlman, D. M., Salomons, T. V., Davidson, R. L., & Lutz, A. (2010). Differential effects on pain intensity and unpleasantness of two meditation practices. *Emotion*, *10*(1), 65-71.
- Piaget, J. (1973). *Seis estudos de psicologia*. (D'Amorim; M. A. M. & Silva P. S., L. trad.). Rio de Janeiro: Forense.
- Pickut, B. A., Van Hecke, W., Kerckhofs, E., Mariën, P., Vanneste, S., Cras, P., & Parizel, P. M. (2013). Mindfulness based intervention in Parkinson's disease leads to structural brain changes on MRI: A randomized controlled longitudinal trial: A randomized controlled longitudinal trial. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *115*(12), 2419-2425.
- Polizzi, C., Fontana, V., Perricone, G., D'Angelo, P., Jankovic, M., Taormina, C., Nichelli, F., & Burgio, S. (2015). Coping strategies and locus of control in childhood leukemia: a multi-center research. *Pediatric Reports*, *7*, 22-27.
- Quinn, G. P., Murphy, D., Knapp, C. A., Christie, J., Phares V., & Wells K. (2013). Coping styles of female adolescent cancer patients with potential fertility loss. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, *2*(2), 66-71.
- Reblin, M. & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*, 201-205.
- Robb, S. L., Clair, A. A., Watanabe, M., Monahan, P. O., Azzouz, F., Stouffer, J. W., Ebberts, A., Darsie, E., Whitmer, C., Walker, J., Nelson, K., HansonAbromeit, D., Lane, D., & Hannan, A. (2008). Randomized controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer. *Psycho-Oncology*, *17*(7), 699-708.

- Robb, S. L., Bunrs, D. S., Stegenga, K. A., Haut, P.R., Monahan, P.O., Meza, J., Stump, T.E., Cherven, B.O., Docherty, S.H., Hendricks-Ferguson, V.L., Kintner, E.K., Haight, A.E., Wall, D.E., & Haase, J.E. (2014). Randomized Clinical Trial of Therapeutic Music Video Intervention for Resilience Outcomes in Adolescents/Young Adults Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Cancer, 120*(6), 909-917.
- Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Emotional Experience and Expression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 117-131.
- Robinson, K. E., Pearson, M. M., Cannistraci, C. J., Anderson, A. W., Kuttesch, J. F., Wymer, K., Smith, S. E., Park, S., & Compas, B. E. (2014). Functional neuroimaging of working memory in survivors of childhood brain tumors and healthy children: Associations with coping and psychosocial outcomes. *Child Neuropsychology, 20*, 1-26.
- Rodgers, C., Norville, R., Taylor, O., Poon, C., Hesselgrave, J., Gregurich, M. A., & Hockenberry, M. (2012). Children's coping strategies for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum, 39* (2), 202-209.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology-Science and Practice, 9*, 54-68.
- Roesch, S. C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., & Vaughn, A. A. (2005). Coping with prostate cancer: A meta-analytic review. *Journal of Behavioural Medicine, 28*, 281-295.
- Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., & McCauley, E. (2015). Promoting Resilience in Stress Management: A Pilot Study of a Novel Resilience-Promoting Intervention for Adolescents and Young Adults with Serious Illness. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(9), 992-999.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychology, 41*, 813-819.
- Rothbaum, R., Weisz, J. R., & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 5-37.
- Ruccione, K., Lu, Y., & Meeske, K. (2013). Adolescents' Psychosocial Health-Related Quality of Life within 6 Months after Cancer Treatment Completion. *Cancer Nursing, 36*(5), 61-72.
- Sachse, S., Keville, S., & Feigenbaum, J. (2010). A feasibility study for mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 184-200.
- Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C., & Studts, J. (2004). Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 434-446.

- Saltzman, A., & Goldin, P. (2008). Mindfulness based stress reduction for school-age children. In S. C. Hayes & L. A. Greco (Eds.), *Acceptance and mindfulness interventions for children adolescents and families* (pp. 139–161). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Samson-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., Buttow, P., Sawyer, S., Patterson, P., Anazodo, A., Thompson, K., & Cohn, R.J. (2012). Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: A multicenter randomised controlled trial of Recapture Life-AYA. *BMC Cancer*, *12*, 339-350
- Sanjari, M., Heidari, S., Shirazi, F., & Salemi, S. (2008). Comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *31*, 185–197.
- Sant'Anna, J.L., & Mendes, D.M.F.L. (2019) Enfrentamento do câncer infantil e intervenções psicológicas: uma revisão de literatura. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, *35*, 1-10.
- Schoenberg, P. L., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, *125*, 1407-1416.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Seitz, D. C. M., Knaevelsrud, C., Duran, G. Waadt, S., Loos, S., & Goldbeck, L. (2014). Efficacy of an internet-based cognitive-behavioral intervention for long-term survivors of pediatric cancer: a pilot study. *Support Care Cancer*, *22*, 2075–2083.
- Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(4), 379–392.
- Sephton, S. E., Sapolsky, R.M., Kraemer, H.C., & Spiegel, D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute*, *92*(12), 994-1000.
- Servitzoglou, M., Papadatou, D., Tsiantis, I., & Vasilatou-Kosmidis, H. (2008). Psychosocial functioning of young adolescent and adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer*, *16*, 29–36.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7):840-862.
- Shigaki, C. L., Glass, B., & Schopp, L. H. (2006). Mindfulness-based stress reduction in medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *13*, 209–216.
- Shockey, D. P., Menzies, V., Glick, D. F., Taylor, A. G., Boitnott, A., & Rovnyak, V. (2013). Preprocedural Distress in Children With Cancer: An Intervention Using Biofeedback and Relaxation. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *30*(3), 129–138.

- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, *58*, 119-144.
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *European Journal of Cancer Care*, *21*, 251–258. In C.B.G. Martins & R.A.P.F Ferrari (Eds.).
- Souza, S. N. D. H., & Rossetto, E. G. (2005). O preparo da criança para a medicação. In C.B.G. Martins & R.A.P.F Ferrari (Eds.). *Medicação infantil: uma abordagem multiprofissional (pp. 29-41)*. Londrina: Eduel.
- Spagrud, L. J., Von Baeyer, C. L., Ali, K., Mpofu, C., Fennell, L. P., Friesen, K., & Mitchell, J. (2008). Pain, Distress, and Adult-Child Interaction during Venipuncture in Pediatric Oncology: An Examination of Three Types of Venous Access. *Journal of Pain and Symptom Management*, *36*(2), 173-184.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *62*(5), 613-22.
- Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. C., Pfeifer, L. I., Lima, R. A. G., & Nascimento, L. C. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(2), 143–151.
- Stallard, P. (2002). *Think good–feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people*. Chichester: Wiley.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. The Guilford Press, New York.
- Szalda, D. E., Brumley, L. D., Danielson, C. K., & Schwartz, L. A. (2013). Exploratory Analyses of Substance Use in Adolescents With and Without Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, *2*(2), 77-82.
- Taylor, C., Sellick, K., & Greenwood, K. (2011). The Influence of Adult Behaviors on Child Coping During Venipuncture: A Sequential Analysis. *Research in Nursing & Health*, *34*, 116–131.
- Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., Courtemanche, J., Lavarenne, A. S., & Beaugard, M. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, *57*(4), 1524-1533.
- Teper, R., & Inzlicht, M. (2013) Meditation, mindfulness and executive control: the importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, *8*(25):85-92.
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(3), 395–407.

- Turner-Sack, A. M., Menna, R., & Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic Growth, Coping Strategies, and Psychological Distress in Adolescent Survivors of Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 29*(2), 70–79.
- Valiente, C., Eisenberg, N., Haugen, R., Spinrad, T. L., Hofer, C., Liew, J., & Kupfer, A. (2011). Children's effortful control and academic achievement: Mediation through social functioning. *Early Education and Development, 22*, 411-433.
- Van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology, 21*(3), 264-272.
- Van Dijk, J., Grootenhuis, M. A., Imhof, S. M., Cohen-Kettenis, P. T., Moll, A. C., & Huisman J. (2009). Coping strategies of retinoblastoma survivors in relation to behavioural problems. *Psycho-Oncology, 18*(12), 1281–1289.
- Wall, R. B. (2005). Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston middle school. *Journal of Pediatric Health Care, 19*, 230–237.
- Wenninger, K., Helmes, A., Bengel, J., Lauten, M., & Völkel, S., & Niemeyer, C. M. (2013). Coping in long-term survivors of childhood cancer: relations to psychological distress. *Psycho-Oncology, 22*, 854–861.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S, Crane, C., & Fennell, M.J.V. (2006) Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behaviour. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 201–10.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D.S., Hepburn, S., & Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorder, 107*, 275–279.
- Williams, N. A., Allen, M. T., & Phipps, S. (2011). Adaptive style and physiological reactivity during a laboratory stress paradigm in children with cancer and healthy controls. *Journal of Behavioural Medicine, 34*, 372–380.
- Wu L. M., Chin C. C., Chen C. H., Lai F. C., & Tseng Y. Y. (2011). Development and validation of the paediatric cancer coping scale. *Journal of Advanced Nursing, 67*(5), 1142–1151.
- Wu L. M., Sheen J. M., Shu H. L., Chang S. C., & Hsiao C. C. (2013). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer. *Journal of Advanced Nursing, 69*(1), 158–166.
- Wu L. M., Chiou, S. S., Sheen J. M., Lin, P. C., Liao, Y. M., Chen C. H., & Hsiao C. C. (2014). Evaluating the acceptability and efficacy of a psycho-educational intervention for coping and symptom management by children with cancer: a randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing, 70*(7), 1653–1662.
- Yao, S., Xiao, J., Zhu, X., Zhang, C., Auerbach, R. P., Mcwhinnie, C. M., & Abela, J. R. Z. (2010). Coping and involuntary responses to stress in Chinese university students: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 92*, 356–361.

Zeidan, F. (2015). The neurobiology of mindfulness meditation. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & Ryan, R. M. (Eds.), *Handbook of Mindfulness Theory, Research, and Practice* (pp. 171-189). New York: Guilford Press.

Zelazo, P., & Lyons, K. (2011). Mindfulness training in childhood. *Human Development*, 54, 61- 65.

APÊNDICE A – Formulário de dados de identificação

Dados de identificação

Matrícula da criança no INCA: _____

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

APÊNDICE B - Questionário de dados sociodemográficos e de internação

Informações sociodemográficas e de internação

Código: _____

- Data da aplicação: ____/____/____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Idade: _____ anos
- Sexo: () F () M
- Cidade de moradia: _____
- Estado de moradia: _____
- Data de nascimento da mãe: ____/____/____
- Idade da mãe: _____ anos
- Data de nascimento do pai: ____/____/____
- Idade do pai: _____ anos
- Escolaridade da mãe:

	Não alfabetizado
	Ensino fundamental incompleto: primário incompleto
	Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto
	Ensino fundamental completo
	Ensino médio incompleto
	Ensino médio completo
	Ensino superior incompleto
	Ensino superior completo
	Pós-graduação
	Não sabe

- Escolaridade do pai:

	Não alfabetizado
	Ensino fundamental incompleto: primário incompleto
	Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto
	Ensino fundamental completo

	Ensino médio incompleto
	Ensino médio completo
	Ensino superior incompleto
	Ensino superior completo
	Pós-graduação
	Não sabe

- Diagnóstico:
- Data de matrícula no INCA:
- Tempo de INCA:
- Internações:
 - 1- Início: Fim:
 - 2- Início: Fim:
 - 3- Início: Fim:
 - 4- Início: Fim:
 - 5- Início: Fim:

APÊNDICE C - Formulário de registro das sessões

Código: _____

Dados sobre as sessões

Data de realização do 1º AEH: ____/____/____

Data da 1ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 2ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 3ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 4ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 5ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 6ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 7ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data da 8ª sessão: ____/____/____

Hora de início:

Hora de término:

Acompanhante(s) presentes:

Sessão ocorreu dentro da estrutura e tempos previstos: () sim () não

Obs.:

Data de realização do 2º AEH e da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE D - AEH – Avaliação do enfrentamento da hospitalização

Pergunta 1- “Você sabe por que está aqui no hospital? Se sim: Qual é o motivo?”.

Pergunta 2- “Quando as pessoas ficam no hospital, elas pensam, sentem e fazem várias coisas para enfrentar essa situação. E você, o que tem feito, pensado e sentido para enfrentar o hospital? Por quê?”

Pergunta 3- “Vou te apresentar a uma criança que, desde que ela ficou doente e precisou ficar internada, ela tem pensado, sentido e feito várias coisas para enfrentar o hospital. Vamos conhecê-la? O nome dela é Pedrinho/Aninha. Vamos fazer como o Pedrinho/Aninha e descobrir o que você tem feito, pensado e sentido durante o tempo que você está aqui no hospital?”

Pergunta 4- “Agora, eu vou mostrar a você desenhos com uma criança fazendo, pensando ou sentindo várias coisas. Primeiro, você vai descrever o desenho, contar para mim o que a Aninha ou o Pedro está fazendo no hospital. Depois, você vai me falar se o desenho representa o que você tem feito, pensado ou sentido durante o tempo em que você fica no hospital.”

Pergunta 5- “Então, me diga, por que você tem _____ durante o tempo que você fica no hospital?”

Pergunta 6- “Existe mais alguma coisa que você tem feito, pensado ou sentido aqui no hospital?”

MODELOS DE PRANCHAS DO AEH:



Brincar



Buscar informação



Desanimar



Ficar triste

APÊNDICE E - Programa de enfrentamento do câncer infantil e seu tratamento (PECI-MIND)

Orientações gerais

O *Programa de enfrentamento ao câncer infantil e seu tratamento* (PECI-MIND), de caráter exploratório e utilizando práticas de *mindfulness*, foi elaborado visando a promoção de estratégias de enfrentamento de crianças de sete a nove anos de idade, de modo a promover a redução da ansiedade e o melhor manejo das emoções e sentimentos e da dor. O enfrentamento é um processo complexo, estudado por diversos autores e com base em diferentes perspectivas. Lazarus e Folkman (1984) foram os primeiros a formalizar uma teoria do enfrentamento ou *coping* e definem estratégias de enfrentamento como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Kohlsdorf e Costa Júnior (2008) caracterizam tais circunstâncias adversas como algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente, como uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais do momento. O importante não é a situação em si, mas sim como é percebida e interpretada pelo indivíduo. O enfrentamento inclui processos cognitivos e emocionais e respostas comportamentais.

Durante o tratamento oncológico, a criança poderá valer-se de diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de estresse causada pela doença, sendo que algumas dessas estratégias serão adaptativas e outras não (Aldridge & Roesch, 2007; Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011; Van Dijk et al., 2009; Wu, Chin, Chen, Lai, & Tseng, 2011; Wu, Sheen, Shu, Chang, & Hsiao, 2013). Além disso, as estratégias de enfrentamento das crianças estarão de acordo com o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e emocionais e também dos recursos ambientais e sociais existentes (Moraes & Enumo, 2008).

Motta e Enumo (2010) destacaram a importância de que medidas de intervenção psicológica sejam incluídas na assistência à criança hospitalizada, para favorecer que a mesma mobilize recursos adequados a um enfrentamento da doença. Embora estudos encontrem estratégias de enfrentamento nas crianças em tratamento e nos seus pais, na maioria das famílias estudadas o número de estratégias diferentes utilizadas é reduzido e não variado (Hildenbrand, Clawson, Alderfer, & Marsac, 2011).

Diversas propostas de intervenção foram construídas e avaliadas para o favorecimento do enfrentamento do câncer infantil. Uma das possibilidades de intervenção ainda pouco usada implica o uso das práticas de *mindfulness*. Estas práticas enfatizam a observação da experiência interna sem distorções afetivas, cognitivas ou fisiológicas. A partir do foco da atenção em um

estímulo neutro (como, por exemplo, a respiração), a pessoa pode observar os pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem, aceitando-as e não fazendo julgamentos. Ao observar pensamentos e emoções a partir desta perspectiva destacada, uma maior clareza de percepção mental pode ser alcançada. Embora estas práticas possuam sua origem na cultura oriental e no budismo, vêm sendo empregadas por pesquisadores e psicólogos clínicos ocidentais em intervenções baseadas na *mindfulness* (IBAPs), em programas de tratamento de saúde mental e, em sua maior parte, procuram desenvolver nas pessoas as habilidades envolvidas independentemente das origens religiosas e culturais (Baer, 2003).

O programa aqui proposto é composto por oito sessões e diversas atividades que têm como objetivo exercitar a conscientização e aceitação sem julgamento dos pensamentos, sentimentos e acontecimentos, a autorregulação emocional, o autocontrole, o foco no presente, ao invés de no passado e no futuro, e o foco na experiência, ao invés do foco nos (pré)conceitos. Para a seleção, elaboração e preparação dessas atividades, foram consultadas as IBAPs já realizados em crianças e adolescentes por Malboeuff-Hurtubise (2014), Saltzman e Goldin (2008), Wall (2005) e Semple, Reid e Miller (2005). A partir destas, foram adaptadas as tarefas que compõem esse programa.

Organização geral do programa

O PECCI-MIND está organizado em oito sessões que exploram diferentes focos da *mindfulness*. As sessões são as seguintes:

1ª sessão: ***Mindfulness* com foco na respiração**

2ª sessão: **Atenção plena aos sentidos**

3ª sessão: **Prática da observação e não-julgamento**

4ª sessão: **Escaneamento corporal**

5ª sessão: **Repetição da 3ª sessão**

6ª sessão: **Prática de Visualização: Encontrar um refúgio seguro**

7ª sessão: **Repetição da 4ª sessão**

8ª sessão: **Repetição da 6ª sessão**

Procedimentos gerais

As sessões são realizadas individualmente, duas vezes por semana, com duração média de 30 a 40 minutos cada. São realizadas na enfermaria (preferencialmente) ou no ambulatório do INCA, dependendo do tratamento médico a que a criança esteja submetida. A condução das atividades componentes de cada sessão é realizada por um psicólogo com treinamento em *mindfulness*, que será daqui por diante nomeado de facilitador.

Cada sessão segue uma estrutura de três partes, tal como descrita a seguir:

- **Parte inicial:** na primeira sessão, apresentação dos objetivos e estrutura do PECCI-MIND, e exploração da compreensão das crianças acerca disto; a partir da segunda sessão, retomada do que foi abordado na sessão anterior e examinar se a criança pensou sobre ou realizou alguma das atividades e, se sim, como foi.
- **Parte prática:** realização de atividades, incluindo práticas de *mindfulness*, propostas para a sessão, cada uma com um propósito próprio e pré-definido.
- **Parte final:** fechamento da sessão para que a criança vincule as atividades realizadas com os objetivos da sessão, e com o objetivo geral proposto no PECCI-MIND, e possa se apropriar das práticas vivenciadas ao seu modo particular. Propor que a criança realize, após cada sessão, as atividades vivenciadas, sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las, e que procure fazer isso nos próximos dias.

1ª Sessão - *Mindfulness* com foco na respiração

Objetivo: essa sessão visa exercitar a criança em manter o direcionamento da sua atenção para a respiração. Essa atividade auxilia a criança a focar o presente, reduzindo assim sua ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Parte inicial: explicitar os objetivos e a estrutura geral do PECCI-MIND; em seguida, conversar com a criança sobre como muitas vezes não estamos atentos ao aqui e agora e ao nosso próprio corpo, perdendo nossa atenção em estímulos externos e pensamentos sobre o passado e o futuro. Isso faz com que muitas vezes sofram por coisas que já não existem mais ou que nunca virão a existir, ao mesmo tempo em que perdemos informações e percepções importantes que estão bem diante de nós. A partir desta conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança quanto à necessidade de estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e, então, dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e perguntar a ela se pôde

atingi-los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Procure estabelecer um bom vínculo inicial e verifique se a criança compreendeu bem o objetivo do PEGI-MIND e se tem dúvidas sobre o mesmo. Apresentar, então, o objetivo da primeira sessão. Além de estimular que a criança foque na própria respiração, é importante também estimular o relaxamento da criança e a conscientização de aspectos do aqui e agora a que de início, e na maior parte das vezes, ela não está consciente. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades, deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.*

2ª Sessão - Atenção plena aos sentidos

Objetivo: essa sessão visa retomar o objetivo da primeira atividade da 1ª sessão de modo que possa ser melhor apreendido o exercício e também trabalhar-se o foco nos sentidos (toque e audição). Tem propósito de reforçar o foco no momento presente, já estimulado na sessão anterior, mas, agora, introduzindo o uso dos sentidos. O foco no presente reduz a ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança sobre como podemos estar mais focados no presente a partir de nossa atenção aos nossos sentidos e sobre porque isso pode ser bom. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus

sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Procure estabelecer um bom vínculo inicial e verifique novamente se a criança compreendeu bem o objetivo do PEGI-MIND e se tem dúvidas sobre o mesmo. Apresentar então o objetivo da segunda sessão e realizar as atividades. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.*

3ª Sessão - Prática da observação e não-julgamento

Objetivo: essa sessão visa ajudar a criança a ter maior autoconsciência, maior autoestima e maior capacidade de regulação emocional por aprender a reconhecer e aceitar o que pensa e sente sem julgamento negativo.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança sobre como muitas vezes o nosso julgamento sobre nossos pensamentos e sentimentos impede que estes possam se manifestar livremente. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Deixe claro para a criança que quando nos criticamos pelo que pensamos ou desejamos, isso nos dificulta entender quais são nossos reais desejos e assim dificilmente conseguimos ficar felizes e satisfeitos. Aponte para o fato de nós muitas vezes sermos os nossos mais severos juízes, sem que haja necessidade disso e o quanto isto é muito mais negativo que positivo. Procure dar exemplos e perguntar a ela sobre momentos em sua vida em que percebe que isto acontece ou aconteceu. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.*

4ª Sessão- Escaneamento corporal

Objetivo: essa sessão também visa uma maior autoconsciência através do direcionamento da atenção para as partes do corpo, além de maior relaxamento. Nessa sessão, também se trabalha a *mindfulness*, mas agora com foco no lidar com a dor. Quando experimentamos uma sensação de dor, nós trazemos toda a nossa atenção para ela. O simples fato de trazer a atenção temerosa para a dor aumenta a experiência de dor. A dor é aumentada pelo medo da dor. Em tais casos, não só o sofrimento, mas a intensidade de dor muscular em si pode ser reduzida por uma mudança de atitude. Voltando nossa atenção para o fenômeno de que temos medo e tentando em essência dizer "sim" às sensações, a resposta aversiva tende a se reduzir.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança sobre como podemos estar mais focados no presente a partir de nossa atenção ao nosso próprio corpo e como podemos encontrar formas de lidar melhor com a dor. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

Nota para o facilitador: iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Nesse ponto, a criança se conscientizará mais do seu próprio corpo, o que será fundamental para um melhor manejo dos efeitos da doença e do tratamento no seu corpo. Pontue especificamente a questão da dor, que é um dos aspectos de maior dificuldade da doença enfrentados pela criança, sendo importante dar destaque para tal. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.

5ª Sessão- Repetição da 3ª sessão

Objetivo: essa sessão visa fixar melhor a prática de observação dos pensamentos e sentimentos através da repetição das atividades da 3ª sessão. Com isto, ajuda a criança a ter maior autoconsciência, maior autoestima e maior capacidade de regulação emocional por aprender a reconhecer e aceitar o que pensa e sente sem julgamento negativo.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança que as atividades realizadas anteriormente serão repetidas para que se tornem mais fáceis e que se superem as dificuldades encontradas anteriormente. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

Nota para o facilitador: iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Embora nessa sessão não haja novas atividades, as atividades nunca são meramente repetidas, pois devem sempre ser contextualizadas e aprimoradas. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.

6ª Sessão- Prática de Visualização: encontrar um refúgio seguro

Objetivo: essa sessão visa promover o relaxamento e a redução da ansiedade, através do exercício de visualização. Deseja-se que a criança possa entrar em contato com sua imaginação, concentrando-se totalmente na visualização que lhe é proposta.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança sobre como pode conduzir seus pensamentos de modo a produzir um maior relaxamento e menor ansiedade. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-

los. Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Procure nessa sessão alcançar um relaxamento profundo com a criança e uma ampliação de sua capacidade imaginativa e de visualização, ficando atento às suas dificuldades para tal. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade.*

7ª sessão- Repetição da 4ª sessão

Objetivo: essa sessão visa fixar melhor as práticas de foco no próprio corpo da criança através da repetição das atividades da 4ª sessão, trazendo uma maior autoconsciência através do direcionamento da atenção para as partes do corpo, além de maior relaxamento e melhor manejo da dor. Essa sessão visa também que a criança se situe com relação ao fim próximo do PECCI-MIND, se preparando para o mesmo.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança que as atividades realizadas anteriormente serão repetidas para que se tornem mais fáceis e que se superem as dificuldades encontradas anteriormente. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Comentar que as sessões estão chegando ao final e que a sessão seguinte será a última. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-los.

Estimulá-la a realizar as atividades vivenciadas na sessão sempre que achar que lhe fará bem ou sempre que tiver vontade de realizá-las e que procure fazer isso nos próximos dias.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Embora nessa sessão não haja novas atividades, as atividades nunca são meramente repetidas, pois devem sempre ser contextualizadas e aprimoradas. O facilitador realizará com a criança cada uma das atividades presentes para essa sessão. Ao final das atividades deve ser perguntado sobre como a criança se sentiu, e solicitar que ela, nos dias seguintes, realize as atividades caso sinta vontade ou necessidade. Além disso, nessa sessão o facilitador deve estar bem atento a como a criança está lidando com o fim do PEGI-MIND, para assegurar que ela esteja compreendendo que os encontros irão terminar em breve e se preparando para isto.*

8ª Sessão- Repetição da 6ª sessão

Objetivo: essa sessão visa fixar melhor a prática de visualização através da repetição da atividade já realizada na 6ª sessão, de modo a promover o relaxamento e a redução da ansiedade. Visa também realizar um bom encerramento do PEGI-MIND, de forma que o participante possa se apropriar daquilo que vivenciou durante o processo, e que leve a prática adiante.

Parte inicial: explorar com a criança sobre como ela está se sentindo no momento e sobre como se sentiu após a última sessão, e se realizou alguma das atividades nesse intervalo de tempo e se sim como foi; na sequência, conversar com a criança que as atividades realizadas anteriormente serão repetidas para que se tornem mais fáceis e que se superem as dificuldades encontradas anteriormente. A partir dessa conversa falar sobre as atividades que serão propostas e seus objetivos. Orientar a criança de que deve estar sentada confortavelmente, em uma posição que possa manter sem esforço e então dar início às atividades.

Parte prática: realizar com a criança as atividades definidas para essa sessão.

Parte final: conversar com a criança sobre como ela se sentiu em cada atividade realizada nessa sessão e sobre quais foram suas maiores dificuldades, procurando acolher seus sentimentos. Conversar também sobre os objetivos das atividades e se a criança pôde atingi-

los. Conversar com a criança que essa é a última sessão do PECI-MIND, mas que ela poderá continuar a realizar as atividades que aprendeu, sozinha ou com a ajuda de algum familiar ou algum membro da equipe hospitalar, para ajudá-la a lidar com as ansiedades trazidas por sua doença.

***Nota para o facilitador:** iniciar a sessão de uma forma que a criança possa se sentir confortável e engajada com o encontro, sentindo-se livre para brincar e fazer as perguntas e comentários que desejar. Embora nessa sessão não haja novas atividades, as atividades nunca são meramente repetidas, pois devem sempre ser contextualizadas e aprimoradas. Além disso, nessa sessão o facilitador deve elaborar de forma positiva o fim do PECI-MIND, assegurando-se de que a criança se apropriou bem das práticas e conceitos do PECI-MIND e que poderá valer-se deles no futuro, para o melhor enfrentamento da sua doença.*

ATIVIDADES PROPOSTAS PARA CADA SESSÃO

1ª Sessão: **Mindfulness com foco na respiração**

Nessa sessão serão realizadas as seguintes atividades: (1) *Mindfulness* com foco na respiração; (2) Amiguinhos da respiração e (3) Meditação do sapo.

Atividade1. Mindfulness com foco na respiração

Objetivo: essa atividade tem como objetivo exercitar a criança em manter o direcionamento da sua atenção para a respiração. Isto auxilia a criança a focar o presente, reduzindo assim sua ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Procedimento: essa atividade deve ser introduzida, primeiramente, demonstrando-se para a criança como se faz na respiração. Para crianças pequenas, esta função básica, natural, pode ser algo a que ela nunca prestou atenção antes. No começo, o facilitador deve levar a criança a perceber como o ar entra e sai do nariz. Deve orientá-la de que não deve conter a respiração, empurrar o ar para fora, ou mudar seu ritmo natural. Usar a contagem ajuda a criança a lembrar de permanecer com foco na respiração, evitando outros pensamentos que a distraiam. O facilitador instrui a criança a contar "um" enquanto inala, e "um" enquanto exala, então "dois" ao inalar e "dois" ao exalar novamente, e assim por diante, até cinco. Em seguida, ela deve começar de volta em "um". Se ela achar difícil manter seu foco, poderá repetir o número, contando "um, um, um, um", isto é, repetindo sempre “um” quando inalar e quando exalar. Novamente, ela deve ser lembrada para não forçar a respiração, mas, sim, seguir seu ritmo

natural. O facilitador deverá também informar à criança de que, apesar de seus esforços para manter o foco na respiração, sua mente pode vagar para lugares a que tenha ido, atividades realizadas com um amigo, um livro favorito ou outros pensamentos. À medida que a criança toma consciência de que a mente não está mais focada na respiração, deve simplesmente notar que está com atenção em um pensamento e voltar a contar a respiração, começando com "um". A criança pode se surpreender com a tamanha necessidade de treino para que consiga permanecer focada em sua respiração. Deve ser orientada a começar fazendo a atividade durante um curto período de tempo, de aproximadamente três minutos, e gradualmente aumentá-lo, até chegar a aproximadamente dez minutos, uma vez que tenha conseguido manter o foco. Se frustrada, a criança deve ser encorajada a continuar tentando. Também deve ser lembrada de não julgar os pensamentos e sentimentos que a distraiam, nem ficar aborrecida por eles aparecerem. Ao final, o facilitador deverá incentivar a criança a usar essa atividade em momentos difíceis dentro do hospital, especialmente quando estiver se sentindo ansiosa, triste ou irritada, sentindo falta de algo ou com medo de algum procedimento médico.

Atividade 2. Amiguinhos da respiração

Objetivo: essa atividade tem como objetivo facilitar o direcionamento da atenção para a respiração, tornando esse processo mais lúdico. Isto, como já dito, auxilia a criança a focar o presente, reduzindo assim sua ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Procedimento: entregue um boneco ou bichinho de brinquedo pequeno para a criança. No INCA, esses brinquedos podem ser fornecidos através de doações do INCA Voluntário ao setor da Psicologia. Oriente a criança a deitar no chão e colocar o boneco ou bichinho de brinquedo pequeno em sua barriga. Diga-lhe para respirar em silêncio por um minuto, procurando perceber como sua respiração move o brinquedinho em sua barriga. Ajude-a a focar no movimento do brinquedinho para cima e para baixo ou outros movimentos que este apresente a partir da respiração.

Atividade 3. Meditação do sapo

Objetivo: essa atividade tem como objetivo facilitar o direcionamento da atenção através da utilização da fantasia, no caso fazer de conta que é um sapo. Esse direcionamento da atenção, como já dito, auxilia a criança a focar o presente, reduzindo assim sua ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Procedimento: o facilitador inicia orientando a criança para fingir ser um sapo sentado, muito, muito quieto em uma folha boiando numa lagoa. Ele deve dizer que enquanto o Sr. Sapo senta na folha, ele respira. Se ele se mover demais, sua folha irá afundar, e ele vai acabar na água. Assim, o facilitador deve ressaltar para a criança a importância de que ela apenas sente-se e observe sua barriga verde de sapo se mexendo para dentro e para fora. Diga que embora o sapo possa saltar alto para o céu, ele também pode sentar-se parado como uma estátua, tal como a criança está naquele momento. Deve dizer que um sapo observa tudo parado antes de pular, que este não sai pulando aleatória e impulsivamente. Deve dizer que o sapo simplesmente senta e respira na folha, armazenando sua energia. Deve orientar a criança (chamando-a de Sr./Sra. Sapo) a observar como sua barriga entra e sai, para dentro e para fora.

2ª Sessão: Atenção plena aos sentidos

Nessa sessão serão realizadas as seguintes atividades: (1) *Mindfulness* com foco na respiração; (2) Atenção plena ao toque e (3) Atenção plena ao sino.

Atividade 1. *Mindfulness* com foco na respiração (vide 1ª sessão)

Atividade 2. Atenção plena ao toque

Objetivo: essa atividade tem como objetivo reforçar o foco no momento presente através do uso do sentido do toque. O foco no presente reduz a ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Procedimento: nessa atividade serão dados à criança três objetos com diferentes texturas: uma lixa, uma camurça e um tecido de seda. Esse material deve ser conseguido com o INCA Voluntário ou comprado previamente. O facilitador passa uma textura de cada vez para a criança. Depois ele pede para ela fechar os olhos e sentir o toque, mais suave ou mais áspero, orientando-a a concentrar toda sua atenção apenas na textura desse objeto.

Atividade 3. Atenção plena ao sino

Objetivo: essa atividade tem como objetivo ajudar a concentrar a mente em sons e assim focar melhor no momento presente, reduzindo a ansiedade que comumente está ligada a lembranças passadas ou a programações/acontecimentos futuros.

Procedimento: o sino deverá ser adquirido previamente e ser guardado com o profissional que realizará as sessões. O facilitador deve conversar com as crianças sobre como a respiração, os sons podem ser observados com equanimidade e sem julgamento. Ele deve

então orientar as crianças que foquem em suas respirações e nos sons ao seu redor. De tempos em tempos o facilitador deve fazer soar o sino de maneira harmônica.

3ª Sessão: Prática da observação e não-julgamento

Nessa sessão serão realizadas as seguintes atividades: (1) Parada do Pensamento e (2) Prática dos Sentimentos.

Atividade 1. Parada do Pensamento

Objetivo: essa atividade tem como objetivo ajudar a criança a ter maior autoconsciência, maior autoestima e maior capacidade de regulação emocional por aprender a reconhecer e aceitar o que pensa sem julgamento negativo.

Procedimento: na Parada do Pensamento, as crianças devem sentar-se em cadeiras ou se deitar no chão e o facilitador deve orientá-las a ancorar sua atenção na respiração e então começar a observar seus pensamentos passarem como se estivessem assistindo a um filminho. O facilitador pede para que elas apenas os observem, mas que não procurem conversar ou dar uma resposta a eles. Deve ser dito que eles podem notar que alguns pensamentos falam alto e chamam atenção, enquanto outros pensamentos são tímidos e falam baixinho, e ainda outros voltam uma e outra vez. O facilitador deve orientar as crianças para quando elas perceberem que estão “marchando com o desfile” (ou seja, perdidas em pensamentos), que estas voltem para “a calçada” e simplesmente observem novamente os pensamentos passarem.

Atividade 2. Prática dos Sentimentos

Objetivo: essa atividade tem como objetivo ajudar as crianças a tornarem-se mais confortáveis com a identificação e expressão de suas emoções, aumentando sua capacidade de regulação emocional.

Procedimento: nessa prática o facilitador deve ajudar a criança a se tornar consciente e nomear o estado de sentimento atual, além de reconhecer que os sentimentos podem ter nomes comuns, como raiva, felicidade e tristeza, ou mais incomuns, como tormenta, ímpeto e vazio. O facilitador pode ainda dizer à criança que pode haver camadas de sentimentos ou que os sentimentos podem ser sutis ou um pouco “tímidos”. Primeiramente, o facilitador pergunta que sentimentos a criança sente. Depois, pergunta como ela sabe que está sentindo esses sentimentos. A criança, então, é convidada a notar onde os sentimentos são experimentados no corpo (por exemplo, sentado no peito, mexendo na barriga, descansando no dedo grande do pé). Em seguida, ela é encorajada a notar se os sentimentos têm cores (por exemplo, vermelho

escuro, azul profundo, verde claro) ou sons (por exemplo, risos, gritos, gemidos). Em seguida, o facilitador incentiva a criança a perguntar aos sentimentos o que eles querem, e deve dizer que geralmente os sentimentos precisam de algo simples, como atenção, tempo e espaço. Ele pergunta então à criança se ela está disposta a dar aos sentimentos o que os sentimentos pediram. O facilitador diz também que, ocasionalmente, o sentimento vai querer algo que a criança é incapaz de dar, e sugere nestes casos que ela pergunte ao sentimento se há algo mais que ele quer. Se uma criança repetidamente relata que está entediada, o facilitador deve pedir para ela olhar com mais atenção para o tédio e, muitas vezes, a criança pode descobrir tristeza, raiva ou medo. Se a criança tem um desconforto em realizar a atividade, o facilitador deve convidá-la a olhar para este desconforto. O desconforto representa outra oportunidade de praticar a *mindfulness* aos sentimentos. Pode ser útil que o facilitador diga que queremos ser donos de nossos sentimentos e não que os sentimentos sejam nossos donos. O facilitador deve também perguntar quais sentimentos que a criança gosta mais. Em seguida, ele pergunta o que ela pode fazer para se sentir melhor quando não está sentindo os sentimentos que ela gosta mais.

4ª Sessão: Escaneamento corporal

Nessa sessão serão realizadas as seguintes atividades: (1) Escaneamento corporal, (2) Contração e relaxamento e (3) Atenção plena à dor.

Atividade 1. Escaneamento corporal

Objetivo: essa atividade tem como objetivo uma maior autoconsciência através do direcionamento da atenção para as partes do corpo, além de maior relaxamento.

Procedimento: o facilitador deve orientar a criança a trazer sua atenção para seu corpo. Ele então a orienta a fechar os olhos se isso for confortável para ela. Ele a orienta a notar seu corpo sentado onde quer que ela esteja sentada, sentindo o peso do seu corpo sobre a cadeira, no chão. Ele então pede para que a criança faça algumas respirações profundas. Ele orienta a criança a quando inalar em uma respiração profunda, sentir que está trazendo mais oxigênio para animar o corpo, e enquanto expirar, que tenha uma sensação de relaxar mais profundamente. Ele a orienta a notar seus pés no chão e a observar as sensações de seus pés tocando o chão. O peso e a pressão, vibração, calor. Ele a orienta a notar suas pernas contra a cadeira, pressão, pulsação, peso, leveza. Depois, seguirá para as costas, a barriga, as mãos, os braços, os ombros, o pescoço, a garganta, a mandíbula, o rosto, os músculos da face, etc, sempre orientando a criança a respirar, a notar o estado desta área do corpo e a contrair e depois relaxar. Ao iniciar o encerramento da atividade, o facilitador deve orientar a criança a notar seu corpo

inteiro presente. Ele pede então que ela respire. Ele a pede que esteja ciente de todo o seu corpo o melhor que puder, sempre respirando. Por fim, ele deve pedir à criança para quando se sentir pronta, abrir os olhos.

Atividade 2. Contração e relaxamento

Objetivo: essa atividade tem como objetivo uma maior autoconsciência através do direcionamento da atenção para a contração do corpo. Visa também o relaxamento, a partir da oposição deste com a tensão provocada pelas contrações.

Procedimento: o facilitador deve pedir à criança que encontre uma posição bem confortável. Ele pede então para que feche os seus olhos e que contraia cada músculo em seu corpo tão firmemente quanto possível. O facilitador lhe diz para contrair seus dedos dos pés e os próprios pés, apertar os músculos em suas pernas, percorrendo todo o caminho até seus quadris, botar a barriga para dentro, apertar as mãos em punhos e levantar os ombros até sua cabeça. Ele lhe pede para que mantenha sua posição contraída por alguns segundos e, em seguida, libertar totalmente e relaxar.

Atividade 3. Atenção plena à dor

Objetivo: essa atividade tem como objetivo a redução da resposta aversiva à dor, possibilitando a entrada em contato com o fenômeno que se tem medo. Redução da atenção temerosa para a dor, diminuindo assim a experiência da dor.

Procedimento: nessa atividade, a criança é dirigida a pensar em algo que lhe cause dor e a prestar atenção em seu corpo e nas sensações que isto lhe provoca. O facilitador pede que ela respire, então, profundamente. Depois, ele pede que ela foque novamente no estímulo e em cada parte do seu corpo e nas sensações, sempre repetindo para que ela respire.

5ª Sessão: Repetição da 3ª sessão

Atividade 1. Parada do Pensamento (vide 3ª sessão)

Atividade 2. Prática dos Sentimentos (vide 3ª sessão)

6ª Sessão: Prática de Visualização: Encontrar um refúgio seguro

Essa sessão é composta por apenas uma atividade, descrita a seguir.

Atividade 1. Prática de Visualização: encontrar um refúgio seguro

Objetivo: essa atividade tem como objetivo promover o relaxamento e a redução da ansiedade, a partir da entrada em contato com a imaginação e o foco total na visualização proposta.

Procedimento: o facilitador deve pedir que a criança feche seus olhos suavemente e fique relaxada. Então ele diz que agora ela vai imaginar um lugar em que se sente confortável, segura e tranquila. Ele pede para que ela pense nesse seu lugar. Pode ser uma praia, um lago ou mesmo sua própria cama. Ele pede para que ela imagine este lugar lentamente aparecendo diante dela, se tornando mais e mais claro. Ele pede para que ela olhe neste lugar para a esquerda e diga o que vê e que então olhe para a direita e diga o que está lá. Pede então que ela olhe mais de perto. Pede que ela respire. Pergunta então o que ela cheira. Pede que ela caminhe ao redor desse lugar. Pede para que ela olhe mais de perto certas coisas. Pede que ela fique focada em seu lugar. Pergunta como ela está se sentindo. O facilitador fala para a criança que se ela encontrar seus pensamentos vagando, que ela os observe, e então traga a imagem de seu lugar de volta em foco na frente dela. O facilitador se mantém então um tempo em silêncio. Depois ele pede para que quando a criança estiver pronta para encerrar a atividade, coloque a mão na frente dos seus olhos. Pede então para que ela abra seus olhos. Pede que ela abra lentamente os dedos para permitir que a luz entre até retirar completamente sua mão da frente dos olhos. A criança também pode escolher desenhar a cena que imagina. Este desenho pode ser salvo para lembrá-la de seu lugar seguro e relaxante.

7ª Sessão: Repetição da 4ª sessão

Atividade 1. Escaneamento corporal (vide 4ª sessão)

Atividade 2. Contração e relaxamento (vide 4ª sessão)

Atividade 3. Atenção plena à dor (vide 4ª sessão)

8ª Sessão: Repetição da 6ª sessão

Atividade 1. Prática de Visualização: Encontrar um refúgio seguro (vide 6ª sessão)

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
**ENFRENTAMENTO DO CÂNCER E SEU TRATAMENTO EM CRIANÇAS,
USANDO PRÁTICAS DE *MINDFULNESS*: UMA PROPOSTA DE PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO**

Termo de Consentimento para responsável de paciente PEDIÁTRICO
(via do participante)

Nome da(o) Participante (criança): _____

Nome da(o) Responsável: _____

Você está sendo convidado(a) a participar e a concordar que seu(sua) filho(a) participe de um projeto que será realizado com pacientes em tratamento no setor de Pediatria do Hospital do Câncer I (HCI), unidade assistencial do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), tal como seu filho(a). Os contatos com os possíveis participantes, crianças com câncer e seus responsáveis, serão feitos na Enfermaria e no Ambulatório de Pediatria do INCA, que inclui a pediatria clínica, cirúrgica e hematológica.

O projeto consiste na participação de seu filho(a) em um programa para enfrentamento do câncer por crianças (de 7 a 9 anos), e na sua (responsável pela criança), através da aplicação de três questionários a serem respondidos por escrito antes do programa. Após a realização do programa, será realizada a reaplicação de um destes questionários e uma entrevista individual com seu(ua) filho(a) em que será pedido que responda, oralmente, algumas perguntas sobre o que achou das atividades realizadas durante o programa e se acha que lhe ajudou de algum modo. A aplicação dos questionários será realizada pela pesquisadora principal no dia, horário e local de melhor conveniência para o responsável pela criança, e a entrevista em dia e momento apropriado de acordo com a rotina hospitalar. Esta entrevista será gravada e permanecerá sob a guarda do pesquisador por pelo menos cinco anos.

O programa de auxílio para enfrentamento do câncer por crianças foi elaborado visando a promoção de atitudes favoráveis ao tratamento, minimizando as estratégias prejudiciais ao desenvolvimento da criança. É composto por diversas atividades que têm como objetivos: ensinar a percepção e aceitação dos pensamentos, sentimentos e acontecimentos; o maior controle emocional; o foco no presente, ao invés de no passado e no futuro; e o foco na sua própria experiência. O programa será composto de oito sessões individuais, duas vezes na

semana, com duração média de 30 minutos cada uma. Portanto, a duração total prevista para a sua realização é de quatro semanas.

O enfrentamento é um processo complexo, estudado por diversos autores e com base em diversos enfoques teóricos. Um dos focos de estudos sobre enfrentamento é o das práticas de auxílio possíveis para o favorecimento deste processo. Diferentes propostas de auxílio foram construídas e avaliadas. Uma das possibilidades de auxílio que parecem trazer bons resultados é o uso das práticas de *mindfulness*. Estas práticas enfatizam a observação da experiência interna. A partir do foco da atenção em um estímulo neutro (respiração), a pessoa pode observar os pensamentos, emoções e sensações corporais que surgem, buscando aceitá-las sem fazer julgamentos. Ao observar pensamentos e emoções, uma maior clareza de percepção mental pode ser alcançada. Estas práticas têm se revelado como uma boa alternativa no que diz respeito a um processo de enfrentamento mais saudável para estas crianças por favorecer uma maior aceitação e com isto auxiliar a lidar com a falta de controle, com o sentimento de incerteza e com as mudanças constantes, que são os aspectos mais difíceis para um processo de enfrentamento saudável à doença. Com esse projeto visa-se construir um maior embasamento teórico e prático para a possibilidade de utilização desse programa no INCA e em outras instituições de tratamento oncológico, sem incorrer, segundo se entende, em prejuízos para a criança ou responsável.

Para que você possa decidir se quer participar e concordar com a participação de seu(sua) filho(a) ou não nesse projeto, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

Esse projeto se propõe a elaborar, implementar e avaliar um programa de auxílio como forma de ajuda ao processo de enfrentamento do câncer e seu tratamento por crianças, com utilização da prática de *mindfulness*, visando promover a redução da ansiedade com relação ao tratamento e prognóstico da doença e o melhor manejo da dor.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar e que seu(sua) filho(a) participe desse projeto, seu(ua) filho(a) participará de um programa de auxílio para enfrentamento do câncer composto de oito sessões individuais, duas vezes na semana, com duração média de 30 minutos cada sessão. Você também preencherá um formulário de identificação e outro com perguntas a respeito de sua condição sociodemográfica, isto é, idade, escolaridade, estado civil, profissão, etc. Posteriormente será aplicado a seu(ua) filho(a) um Instrumento de Avaliação do Enfrentamento

da Hospitalização composto por 17 cenas sobre situações cotidianas no ambiente hospitalar, para identificar o que as crianças fazem, pensam e sentem sobre a sua condição de hospitalização, permitindo analisar suas atitudes a partir das justificativas dadas às escolhas das cenas. Por último, será feita uma entrevista com seu(ua) filho(a) que será registrada em áudio e tem como objetivo avaliar o programa que a criança participou.

RISCOS

Caso seu filho (sua filha) encontre-se em tratamento no INCA, o tratamento se manterá exatamente o mesmo caso você participe ou não desse projeto. O projeto não oferece riscos físicos à criança ou a você. A participação no programa pode levar o participante a entrar mais em contato com seus sentimentos e com sua realidade, o que pode, por vezes, causar algum desconforto passageiro e por isso o participante terá o tempo todo apoio psicológico e à percepção de qualquer dificuldade no manejo das emoções que podem surgir ao vivenciar as práticas realizadas, estas serão interrompidas e o paciente terá o acolhimento e suporte necessários, como previsto e dentro da atuação da equipe do hospital.

BENEFÍCIOS

O aprendizado e consequente uso de práticas de *mindfulness* pode favorecer o processo de enfrentamento do câncer por crianças (dentro da faixa de idade definida para o programa), por tornar o tratamento menos desgastante para estas crianças e mais efetivo com relação ao seu potencial curativo.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

A psicóloga Joana Lezan Sant'Anna será a responsável pela aplicação e avaliação do programa, incluindo aplicação de todos os questionários e realização da entrevista, bem como por eventual acompanhamento e assistência, no que for necessário durante e após a participação no programa.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

As informações desse projeto serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo projeto, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação e de seu(sua) filho(a) no estudo, sendo a realização das sessões do programa em dias que o paciente já esteja internado ou combinadas para dias que o paciente já precisará vir para o hospital para alguma consulta ambulatorial ou realização de exame.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

Sua participação e de seu(sua) filho(a) nesse projeto é completamente voluntária e você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação e de seu(sua) filho(a) a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios a que tem direito.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós convidamos você, seu(sua) filho(a), ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do projeto. Neste caso, por favor, entre em contato com Joana Lezan Sant'Anna no telefone (21) 2234-0236 ou no seguinte endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 10º andar–bloco F, sala 10.004, Maracanã– RJ, CEP: 20550-900. Se tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com contatos imparciais, o Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, na Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-4550 ou (21) 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br, ou a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Li as informações acima e entendi o propósito desse projeto assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Estou ciente também, de que poderei entrar em contato com a psicóloga/pesquisadora Joana Lezan Sant'Anna, com o Comitê de Ética em Pesquisa do INCA e/ou com a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ, através dos dados de contato fornecidos, quando desejar, inclusive após o término da realização do programa, para obter informações acerca do projeto e dos resultados dele. Quanto a estes resultados, estou ciente de que os mesmos poderão ser divulgados em artigos e publicações científicas, sendo minha identidade e a de meu(minha) filho(a) mantidas em sigilo.

Declaro que a pesquisadora solicitou assentimento à criança, após esclarecimento sobre o projeto, tendo a mesma aceitado participar da pesquisa.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar e permito a participação de meu(minha) filho(a) nesse projeto. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Nome e Assinatura do Responsável) dia mês ano

_____ / ____ / ____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para dar o consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE G - Termo de assentimento livre e esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
**ENFRENTAMENTO DO CÂNCER E SEU TRATAMENTO EM CRIANÇAS,
USANDO PRÁTICAS DE *MINDFULNESS*: UMA PROPOSTA DE PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO**

Termo de Assentimento paciente PEDIÁTRICO

Nome da(o) Participante: _____

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **ENFRENTAMENTO DO CÂNCER E SEU TRATAMENTO EM CRIANÇAS, USANDO PRÁTICAS DE *MINDFULNESS*: UMA PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber se um programa de auxílio ao processo de enfrentamento do câncer por crianças, com utilização da prática de *mindfulness*. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de sete a nove anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita no/a INCA, onde as crianças participarão de um programa composto de oito sessões individuais, duas vezes na semana, com duração média de 30 minutos cada uma. Portanto, a duração total prevista para a sua realização é de quatro semanas. A participação no programa pode levar você a perceber mais seus sentimentos e sua realidade, o que pode, por vezes, causar algum desconforto passageiro e por isso você terá o tempo todo apoio psicológico. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (3207-103) do/a pesquisador/a (Joana). Mas há coisas boas que podem acontecer como tornar seu tratamento menos cansativo. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa, esta será divulgada em eventos ou publicações científicas, mas sem que você possa ser identificado. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar pessoalmente ou pelo telefone dado mais acima.

Eu _____ aceito participar da pesquisa
ENFRENTAMENTO DO CÂNCER E SEU TRATAMENTO EM CRIANÇAS,

USANDO PRÁTICAS DE *MINDFULNESS*: UMA PROPOSTA DE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO, que tem o/s objetivo(s) saber se um programa de auxílio ao processo de enfrentamento do câncer por crianças, com utilização da prática de *mindfulness*, pode promover atitudes favoráveis ao tratamento. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

APÊNDICE H - Extrato da revisão bibliográfica

Tabela 1. Estudos de Enfrentamento com Crianças e Adolescentes

	Autoria	Ano publ.	País	Idade (anos)	No part.	Metodologia	Avaliação
1	Akard et al.	2015	EUA	7-17	28	Elaboração de histórias	Usou questionário, demonstrando benefícios no enfrentamento e no desempenho emocional e escolar.
2	Barr et al.	2010	Canadá	6-18	162	Em acampamento	Usou questionário, demonstrando benefícios no enfrentamento e na qualidade de vida.
3	Bisignano & Bush	2006	Canadá	7-18	30	Reestruturação cognitiva com uso de CD-Rom	Diversos instrumentos de avaliação, demonstrando benefícios.
4	Chari & Appaji	2013	Índia	4	1	Terapia lúdica (não-diretiva)	Usou Illness-specific Adjustment Scale para demonstrar benefícios.
5	Dijk-Lokkart et al.	2015	Holanda	8-18	30	Abordagem psicoeducacional	Demonstrou viabilidade da aplicação.
6	Filin, Treisman, & Bortz	2009	Israel	3-6	55	Abordagem psicoeducacional	Demonstrou redução da ansiedade e aumento da satisfação com o cuidado.
7	Hendricks-Ferguson et al.	2013	EUA	11-24	113	Histórias e música	Demonstrou viabilidade da aplicação.
8	Hostert, Motta, & Enumo, 2015	2015	Brasil	6-12	18	Em Classe Hospitalar	Usou questionário, demonstrando benefícios no enfrentamento.
9	Jones et. al.	2010	EUA	12-18	65	Abordagem psicoeducacional baseada em CD-Rom	Usou Wallston Multidimensional Health Locus of Control Scale B para demonstrar benefício.
10	Last, Stam, Nieuwenhuis, & Grootenhuis	2007	Holanda	8-18	109	Abordagem psicoeducacional em grupo	Usou questionários e demonstrou melhora comportamental e emocional.
11	Maurice-Stam, Last, & Grootenhuis	2009	Holanda	8-12	11	Abordagem psicoeducacional em grupo	Usou questionários e demonstrou melhora comportamental e emocional.

12	Motta & Enumo	2010	Brasil	7-12	24	Terapia lúdica (diretiva).	Usou questionários e demonstrou redução no uso de estratégias desfavoráveis de enfrentamento.
13	Ndao et al.	2012	EUA	5-21	37	Aromaterapia	Usou diversos questionários e não comprovou benefícios.
14	OConner	2009	EUA	11-16	4	Psicoeducacional com website	Usou entrevistas para demonstrar a viabilidade.
15	Robb et al.	2014	EUA	11-24	113	Música, vídeo e computador	Usou diversas escalas, demonstrando benefícios no enfrentamento.
16	Robb et al.	2008	EUA	4-7	27	Musicoterapia	Observação direta de fortalecimento no enfrentamento e melhor integração social.
17	Rosemberg et al.	2015	EUA	12-25	30	Psicoeducacional	Demonstrou viabilidade.
18	Samson-Daly et al.	2012	Austrália	15-25	90	Psicoeducacional online em grupo	Usou questionários e diversas escalas para demonstrar benefício no enfrentamento.
19	Seitz et al.	2014	Alemanha	22-32	20	Psicoeducacional online	Aplicou questionários e demonstrou viabilidade.
20	Seitz et al.	2014	Alemanha	22-32	20	Psicoeducacional online	Aplicou questionários a sobreviventes, demonstrando declínio da ansiedade e medo de progressão.
21	Shokey et al.	2013	EUA	8-14	12	Relaxamento e biofeedback	Usou questionários e medidas fisiológicas, demonstrando redução da ansiedade.
22	Wu et al.	2014	Tailândia	9-18	58	Psicoeducacional	Usou questionários e escalas de gravidade percebida, demonstrando redução de dor e de problemas gastrintestinais.