

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Renato Porto Schmitt

ESTÁGIO CURRICULAR NA RECREAÇÃO TERAPÊUTICA EM UM SERVIÇO DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Um relato de experiência do processo de aprendizagem
na educação física hospitalar

Porto Alegre, 2014

Renato Porto Schimitt

**ESTÁGIO CURRICULAR NA RECREAÇÃO TERAPÊUTICA EM UM SERVIÇO DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Um relato de experiência do processo de aprendizagem
na educação física hospitalar**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de grau em Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Porto Alegre, 2014

Renato Porto Schimitt

**ESTÁGIO CURRICULAR NA RECREAÇÃO TERAPÊUTICA EM UM SERVIÇO DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Um relato de experiência do processo de aprendizagem
na educação física hospitalar**

Conceito Final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

RESUMO

O câncer é um problema de saúde pública, no Brasil é a segunda causa de óbitos na infância. Estima-se cerca de 394.450 novos casos de câncer infanto-juvenil para o ano de 2014, correspondendo de 0,5 a 3% de todas as neoplasias. O tratamento do câncer é composto por três cuidados: preventivo, curativo e paliativo. No cuidado paliativo é que se insere o professor de educação física, cujo objetivo é dar as condições de conforto e bem estar físico, psicológico e social. Através da recreação terapêutica são desenvolvidas atividades para prevenir os efeitos deletérios da internação e proporcionar estímulos para o desenvolvimento da criança. Neste trabalho de conclusão de curso, desenvolvido a partir do meu estágio na Recreação Terapêutica do Serviço de Oncologia Pediátrica de um hospital universitário de Porto Alegre, o objetivo é entender o processo de inserção e aprendizagem do estagiário de educação física dentro de um serviço assistencial na rede pública de saúde. Trata-se de um relato de experiência de cunho qualitativo, no qual faço uso do diário de campo com descrições e impressões sobre o trabalho desenvolvido (e o que desenvolvi) neste setor. Para responder o objetivo deste estudo estabeleci três pontos de análise: (1) O Serviço de Oncologia observado; (2) O atendimento na sala de recreação e (3) O atendimento nos leitos. Através da análise destas categorias foi possível constatar a importância da intervenção do professor de educação física como integrante de uma equipe multidisciplinar neste cenário.

Palavras-chave: Câncer infantil, saúde pública, recreação terapêutica

ABSTRACT

The Cancer is a public health problem, in Brazil is the second cause of death in childhood. It is estimated around of 394.450 new cases of childhood cancer for the year 2014, corresponding of 0,5 to 3% of all neoplasm. The treatment of cancer consists in three cares: preventive, curative and palliative. In the palliative careful is that operates the physical education teacher, whose goal is to give comfort conditions and physical, psychological and social well-being. Through the therapeutic recreation are developed activities to prevent the deleterious effects of hospitalization and provide stimulus for the development of the child. In this completion of course work, developed from my internship on the Therapeutic Recreation in the Pediatric Oncology Unit of a University Hospital in Porto Alegre, the meaning of this study is to understand the process of insertion and learning of a physical education trainee inside of a care service in health public network. This is an experience report of a qualitative nature, in which I made use of a field journal with descriptions and impressions about the work (and what I done) in this service. To answer the mean of this study I've established three points of analysis: (1) The Oncology Unit observed; (2) The service in the recreation room and (3) The care in hospital beds. Though analysis of these categories, we determinate the importance of the intervention of the physical education teachers as part of a multidisciplinary team in this scenario.

Key-Words: Childhood Cancer, Health Public, Therapeutic Recreation

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNCC- Campanha Nacional de Combate ao Câncer

DATAPREV- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

EFI- Educação física

ESEF- Escola de Educação Física

FUNABEM- Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

IAPAS- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPM- Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

IAPS- Instituto de Aposentadorias e Pensões

ICI- Instituto do Câncer Infantil

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA- Instituto Nacional de Câncer

INPS- Instituto nacional de Previdência Social

LBA- Legião Brasileira de Assistência

LOS- Lei Orgânica da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PRO-ONCO- Programa Oncologia

PRO-SAÚDE- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIRCC- Sistema Integrado Regionalizado de Controle do Câncer

SNC- Serviço Nacional de Câncer

SOP- Serviço de Oncologia Pediátrica

SUS- Sistema Único de Saúde

TMO- Transplante de Medula Óssea

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
METODOLOGIA.....	12
REVISÃO DE LITERATURA.....	13
COMPREENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA E DA ONCOLOGIA NA HISTÓRIA DO PAÍS.	13
O CÂNCER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
A CRIANÇA COM CÂNCER E O BRINCAR TERAPÊUTICO EM AMBIENTE HOSPITALAR:	21
O SERVIÇO DE ONCOLOGIA OBSERVADO	23
A SALA DE RECREAÇÃO E O ATENDIMENTO	25
ATENDIMENTO NOS LEITOS.....	28
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

Um dos eventos de grande destaque na minha vida ocorreu nos meus oito anos de idade, quando comecei a sentir dor intensa na minha perna esquerda. Foram três anos de exames, medicamentos e passagem por vários médicos, sem um diagnóstico efetivo até que em uma cintilografia foi detectado um osteoma osteóide de aproximadamente 1~1,3 cm, um tumor de prognóstico positivo, localizado na diáfise do meu fêmur esquerdo, que limitou minhas atividades como correr, pular e jogar futebol. Aos 11 anos de idade passei por uma cirurgia muito bem sucedida e hoje faço exames para controlar uma eventual reincidência.

Alguns anos depois entrei para uma academia de artes marciais para praticar Taekwondo e Hapkido, o desenvolvimento destas artes na minha vida me despertou a necessidade de um estilo de vida ativo e centrado, me formei faixa preta no ano de 2012. A paixão por estes esportes me inspirou a fazer o vestibular de 2007 para cursar o Bacharelado em Educação Física. Foi meu primeiro vestibular e conquistei o direito de me tornar acadêmico de Bacharelado em Educação Física pela Escola de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no segundo semestre de 2008. Durante a graduação participei de grupos de pesquisa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolvendo estudos em: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida e transplante cardíaco, além de participar de um grupo de pesquisa em biomecânica desta Universidade. Realizei também estágio extracurricular no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas, na internação psiquiátrica. Estes eventos foram muito importantes para o meu desenvolvimento profissional e também para compreender o sofrimento/expectativas dos pacientes e familiares com os quais tive contato, além de uma vitória para quem hoje trabalha com exercício físico.

Durante o curso, após a reformulação curricular, foram adicionadas ao currículo disciplinas que tratam de saúde pública, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as políticas públicas de saúde e práticas corporais na rede de atenção básica de saúde e elas são: Psicologia aplicada à saúde, Educação e

promoção da saúde, Bases das práticas corporais e saúde, Organização do sistema de saúde no Brasil, Práticas corporais na rede de atenção básica em saúde, Práticas integradas em saúde e o Estágio Profissional em Saúde e Lazer.

Pelo menos desde 1997, quando o Conselho Nacional de Saúde reconheceu, através da Resolução 218 de 06 de março de 1997, a Educação Física (EFI) como uma das áreas de saúde, junto da Medicina, da Enfermagem, da Fisioterapia, entre outros, que esta área de formação passou a ser incorporada de modo mais efetivo nas políticas públicas de saúde no Brasil e principalmente após surgir o Pró-Saúde em 2007. A implementação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) pelo Ministério da Saúde em parceria com outros órgãos do governo em 2007 desencadeou os processos que levaram o currículo do Curso de Educação Física da UFRGS e a incorporação das reiteradas disciplinas. Segundo o texto de José Gomes Temporão este programa tem como objetivo “corrigir o descompasso entre a orientação da formação de profissionais de saúde e os princípios, às diretrizes e as necessidades do Sus”. O programa investe técnica e financeiramente nos cursos que se sujeitaram a esta mudança e contempla três eixos: Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica (Pro-Saúde, 2007). E reforçado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990

Define que uma política para os trabalhadores da saúde deverá ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990).

No primeiro semestre de 2012 entra em vigor o currículo reformulado do curso de Educação Física.

Devido a estes efeitos, o reconhecimento da EFI como área da saúde e a reformulação curricular, surgiu os estágios na rede de assistência básica. Escolhi então atuar, no estágio curricular, na Unidade de Oncologia Pediátrica de um hospital universitário de Porto Alegre. Meu contato com a doença, do ponto de vista acadêmico aconteceu apenas no estágio curricular, nas disciplinas oferecidas no curso, o tema Câncer Infantil não foi abordado por se tratar de uma doença ainda não muito explorada pelos professores de EFI. Assim me apropriei da literatura para compreender melhor o que é o câncer.

O Câncer é caracterizado pelo crescimento descontrolado das células, é uma enfermidade crônica multicausal. A prevenção do Câncer tomou uma dimensão importante na ciência, uma vez que foi apontada como uma das primeiras causas de mortalidade no mundo (WHO, 1998).

O Câncer Infantil difere significativamente dos manifestados nos adultos em relação aos locais anatômicos envolvidos, aos padrões histológicos observados, às características epidemiológicas, à evolução clínica, ao comportamento biológico e às respostas terapêuticas (PETRILLI et al, 1997 e RIBEIRO KCB et al, 1997). Estes apresentam um período de latência menor e em geral crescem mais rapidamente, entretanto respondem melhor ao tratamento. Portanto a etiologia dos tumores infantis ainda é desconhecida.

No Brasil, estima-se que 394.450 novos casos de câncer ocorrerão na população pediátrica, corresponde de 0,5% a 3% de todas as neoplasias. Em países em desenvolvimento a mortalidade por câncer na infância somente é superada pelas doenças infecciosas e acidentes, caracterizando um importante problema de saúde pública (INCA 2014).

Na perspectiva do tratamento do câncer a assistência em oncologia descreve-se pelos cuidados: preventivo, curativo e paliativo. O cuidado preventivo está presente desde antes do nascimento e durante a infância. Antes do nascimento o aconselhamento genético é uma forma de prevenção. “Durante a infância o cuidado com os hábitos alimentares, atividade física regular e o meio ambiente, embora as relações dos fatores de risco não estejam bem descritas nesta população” (INCA, 2007; CAMARGO, 2007).

O cuidado curativo envolve as fases de diagnóstico, tratamento e controle. O tratamento atual tem como objetivo aumentar a taxa de sobrevivência, minimizando os efeitos tardios do tratamento e reintegrar a criança na sociedade com qualidade de vida. Atualmente são três tipos de tratamento: radioterapia, quimioterapia e cirurgia (CAMARGO, 2007). O cuidado paliativo é onde se insere o trabalho multidisciplinar, sob uma perspectiva da medicina humanizada, tem como objetivo: o alívio dos sofrimentos, através do controle da dor e dos sintomas, bem como o apoio psicossocial e espiritual, desenvolvido através de inter-relações de suporte e

conforto para a criança e sua família. “O conforto refere-se ao bem-estar da criança, em que suas necessidades básicas como sono, alimentação, recreação sejam supridas” (CAMARGO, 2007). Neste ponto está presente o trabalho que exerci durante o estágio, na recreação terapêutica de pacientes doentes de câncer.

Neste trabalho apoiarei minhas análises fundamentalmente em trabalhos realizados com a população brasileira. Onde em um primeiro momento apontarei os tipos de pesquisas relacionados ao câncer nas bases de dados disponíveis, tendo como base duas revisões que tratam do “estado da arte” das publicações e perspectivas na ciência do câncer infantil assim como publicações relacionadas ao cuidado paliativo. Dando segmento ao estudo relacionarei a importância da Recreação Terapêutica como parte de um trabalho multidisciplinar no cuidado dos pacientes com Câncer. E por fim contextualizo minhas experiências dentro da Unidade de Oncologia Pediátrica com o intuito de aproximar o leitor do meu objeto de estudo, onde estarão expostas minhas impressões, enquanto estagiário, relacionando com a literatura, minha prática durante o estágio curricular.

Tendo abordado estes assuntos, este trabalho se justifica fundamentalmente pelo meu interesse pessoal de explorar esta área do conhecimento, tendo em vista que é uma área totalmente nova para a educação física, além do meu interesse profissional de seguir nesta área em função dos vínculos estabelecidos tanto com a equipe do local de estágio, minhas experiências prévias na saúde e minha experiência pessoal com o tumor na infância.

Sendo assim, o objetivo principal deste estudo é compreender o modo que se processa a inserção e aprendizagem dos estudantes de educação física no Serviço de Oncologia Pediátrica abordando:

- Descrever a estrutura básica da unidade de oncologia;
- Descrever o funcionamento e as atividades desenvolvidas na sala de Recreação e o atendimento nos leitos;
- Analisar os processos de aprendizagem do estagiário nas intervenções e expectativas futuras.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado na Unidade de Oncologia Pediátrica (UOP), no setor de Recreação terapêutica de um hospital universitário de Porto Alegre. O trabalho é de cunho qualitativo e entende-se o termo qualitativo como um espectro de “técnicas de investigação centradas em procedimentos hermenêuticos que tratam de descrever e interpretar as representações e os significados que um grupo social dá à sua experiência cotidiana” (MOLINA, 2010).

Utilizo do relato de experiência onde posso descrever interpretar e dar significado à minha vivência dentro do campo de trabalho como estagiário da UOP. Embora não seja um método de pesquisa, o relato de experiência é um gênero literário que torna central uma dada experiência, no caso aqui a minha experiência no estágio obrigatório. Este tipo de trabalho tem sido realizado com alguma frequência nos cursos de licenciatura e bacharelado da ESEF/UFRGS, e ganha relevância no meio acadêmico na medida em que funciona como material de apoio para os futuros estagiários que venham a realizar estágio semelhante, ou como ponto de apoio para a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso na mesma linha. Dos trabalhos que me valia para dar conta de estruturar o meu TCC, cabe destacar os seguintes: “Práticas corporais na Estratégia de Saúde da Família: significados do Lian Gong na visão dos usuários de uma comunidade em Porto Alegre” de César (2012), Filho (2013) “Estágio Curricular de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de aprendizagem em serviço, o estudo de Kuhn (2012) “A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: A visão dos usuários.”, Siqueira (2012) Alterações na organização do Serviço de Recreação terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ao longo de sua história”, Vuaden (2012) “Grupo Qualidade de Vida: A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família”, entre outros.

Este trabalho é um recorte do período de abril até julho do ano de 2013. Farei uso do Relatório Final de Estágio e nele está contido um diário de campo onde foram registradas minhas atividades durante cada dia presente no serviço assim como as minhas impressões e sentimentos. Cabe ressaltar que o relatório foi escrito

no final do dia das atividades realizadas, portanto alguns diálogos e detalhes das intervenções podem ter sido perdidos na confecção do mesmo, algo que é inerente ao relato de experiência.

Além dos registros dos acontecimentos e impressões decorrentes do trabalho no estágio realizei uma busca na literatura relacionando os temas saúde pública, câncer infantil, recreação terapêutica, educação física hospitalar, exercício físico e câncer e internação pediátrica. Além do material acessado a partir da revisão de literatura, também me vali de documentos oficiais para embasar e contextualizar as atividades realizadas na unidade pediátrica e justificar a presença do professor de educação física no hospital.

Para fins éticos o nome da instituição que foi realizado o estágio, bem como o nome dos pacientes, familiares e profissionais serão mantidos em sigilo.

REVISÃO DE LITERATURA

COMPREENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA E DA ONCOLOGIA NA HISTÓRIA DO PAÍS.

O Brasil foi tomado de uma grande euforia com a entrada do século XX com a esperança do avanço científico na indústria, nas engenharias e na medicina, bem como com a expansão da economia nacional. Entretanto as epidemias tomaram uma proporção importante no cenário nacional, tal como a varíola, nas grandes capitais do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo. A incidência destas moléstias gerou uma repercussão mundial, afetando a economia nacional (PITTA, 2010).

Navios com imigrantes recusavam-se a aportar nas costas brasileiras ameaçando a disponibilidade de mão de obra livre nas grandes indústrias, principalmente do café. Com esta instabilidade no cenário nacional, o governo de Rodrigues Alves (1902-1904) passou a discutir condutas de saneamento e higienização dos portos, ferrovias e as grandes cidades (PITTA, 2010). Foi criado então o Instituto Soroterápico de Manguinhos e nomeado como seu diretor o recém-chegado Oswaldo Cruz, que esteve um longo período em Paris no Instituto Pasteur, junto com Adolpho Lutz e Vital Brazil para verificar a etiologia das epidemias na baía

de Santos em São Paulo. Oswaldo Cruz também foi nomeado diretor geral do Departamento Federal de Saúde Pública (PITTA, 2010).

Cabe ressaltar que o acesso aos médicos era quase que exclusivo dos grandes produtores e dos ricos. O acesso ao tratamento de saúde para o pobre e para o operário era demanda de instituições filantrópicas e de caridade mantidos pela igreja. Foi adotada uma conduta de guerra contra as epidemias, “aqueles que não cooperassem seriam tratados como inimigos nacionais”. As políticas públicas eram truculentas, os doentes eram designados à quarentena, os grandes aglomerados de moradias (cortiços) eram desmantelados com o intuito de higienizar as grandes cidades, manobras para a modernização dos centros urbanos (PITTA, 2010).

Como mostra o trabalho de PITTA e colaboradores (2010) um marco histórico na saúde pública do Brasil ocorreu em novembro de 1904, quando Oswaldo Cruz com o plano sanitaria declarou que a vacina contra a varíola era obrigatória, recrutando cerca de 1500 agentes de saúde chamados de “Brigada Mata-Mosquitos”, invadindo as residências daqueles que negassem se vacinar, vacinando-os a força. Segundo este mesmo autor este evento gerou uma tensão nas camadas populares, que temiam que a vacina fosse uma medida de extermínio do pobre, algo que ia ao encontro das políticas de reforma e modernização urbana, seguindo os moldes parisienses, propostas por Rodrigues Alves e Pereira Passos, culminando em uma revolta armada. Com a situação fora de controle o governo decretou estado de sítio e a lei foi revogada, centenas de participantes dos motins foram deportados para o Acre e depois de reassumido o controle o processo de vacinação foi reiniciado, mesmo com a resistência da população (PITTA, 2010).

Em 1923, o deputado Elói Chaves apresenta um projeto de lei que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundos financiados pelas empresas e seus trabalhadores e também pela União com o intuito de arrecadar recursos para financiar a assistência médica, bem como a aposentadoria dos trabalhadores (PITTA, 2010). Porém esta iniciativa provou-se frágil estruturalmente por possuir um número pequeno de contribuintes, e seguir hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos, além do elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Neste período Geraldo de Paula Souza, retorna dos Estados Unidos da América, para criar a proposta de Centros de Saúde, substituído o poder de polícia higienista do período anterior por ações em saúde com agentes educadores (PITTA, 2010). Neste período durante o II Congresso Brasileiro de Higiene, comparou-se o declínio da tuberculose com o aumento no câncer nos principais centros urbanos do Brasil. O índice de mortalidade pela doença era considerado baixo, mas que poderia aumentar se não fossem tomadas providências a respeito (INCA 1999).

No governo de Getúlio Vargas (1930-1954) houve a centralização e uniformização das políticas de saúde e foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), iniciando pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) e se expandiu para outras categorias da classe trabalhadora (PITTA, 2010). Em 1934, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado, a presidência dos institutos era de livre nomeação do presidente da república. Os IAPs expandiram sua atuação, incluindo serviços de alimentação, habitação e saúde. Porém essa ampliação não foi acompanhada de uma reformulação da gestão financeira, bem como a falta de um planejamento central geraram uma disparidade na qualidade dos atendimentos. Em novembro de 1966 todos os institutos que atendiam os trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PITTA, 2010). No ano de 1937 o governo Vargas adotou algumas ações de combate ao câncer e assistência aos doentes, como consequência foi constituído o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, que veio a se tornar o atual Instituto Nacional de Câncer (INCA) (BARRETO, 2005 apud Kroeff, 1946).

De acordo com Barreto (2005) em 1944, o Decreto-Lei 15.971 de 4 de julho de 1944 criou o Serviço Nacional de Câncer, cujas atribuições incluíam a cooperação com o serviço Federal de Bioestatística para realizar o levantamento da morbidade e mortalidade por câncer em todo o território nacional. A necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer levou à criação, em 1941, do Serviço Nacional de Câncer (SNC), cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no País (BARRETO, 2005).

Segundo a produção de Pitta e colegas (2010), após a II Guerra Mundial a influência dos Estados Unidos da América derrubou a ideia dos Centros de saúde, e o investimento em saúde passou a ser feito em grandes hospitais. Foi adotado um modelo hospitalocêntrico, ou seja, os centros de atendimento e tratamento de doença eram os hospitais construídos e equipados com instrumentos de última geração e medicamentos. Este mesmo autor afirma que neste modelo surgem as necessidades de médicos especialistas para tratar de doenças específicas (PITTA, 2010).

Com o Golpe Militar de 1964 a saúde pública teve um importante retrocesso, com a criação do INPS houve uma centralização dos investimentos em saúde nivelando por baixo a qualidade de atendimento dos trabalhadores do setor privado (PITTA, 2010). O INPS arrecadava recursos que se aproximavam muito da receita do País, porém os investimentos em saúde não correspondiam e os recursos eram desviados para outros setores como construções a exemplo da Usina Hidrelétrica de Itaipú, a Transamazônica e para financiamento para a construção de hospitais de iniciativa privadas. Para ampliar o arrecadamento do INPS foram acrescentados os trabalhadores rurais (PITTA, 2010).

No bojo dos acontecimentos, e visando dinamizar as atividades de cunho oncológico, o Serviço Nacional de Câncer decidiu institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), o que se efetivou em 1967. A CNCC teve como objetivos básicos intensificar e coordenar, no território brasileiro, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a neoplasia (BARRETO, 2005).

No ano de 1977 foi criado o SINPAS composto por seis órgãos básicos: o INAMPS (assistência médica), IAPAS (administração previdenciária), INPS (benefícios previdenciários), LBA (assistência social), FUNABEM (assistência ao menor) e o DATAPREV (processamento de dados) (PITTA, 2010). Este sistema acaba por falir em 1980, pois a crise econômica do país diminuiu a quantidade de contribuintes e aumentou a quantidade de beneficiários. Esse desbalanço fez com que os proprietários de hospitais privados se descredenciassem do INAMPS, deixando a população sem atendimento médico (Mello, 1981).

Em 1978 surgiu o Movimento Popular de Saúde, que começou com a participação da população das periferias, constituído pela comunidade, estudantes e professores para discutir as questões de saúde e educação e lutar pela qualidade no atendimento às necessidades da população (PITTA, 2010). Nos dias 17 a 21 de março de 1986 foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde que contribuiu significativamente para reestruturar os serviços de saúde no Brasil. Criticou fortemente os modelos centralizadores, privatistas, autoritários, hospitalocêntricos e meritocráticos (WACHS, 2008). Este marco histórico na saúde pública do Brasil teve reflexo na Constituição Federal de 1988, artigo 196 que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação (BRASIL, Constituição Federal 1988).

e a criação das Leis Federais 8.080 e 8.142 que instituem o Sistema Único de Saúde, seguindo os princípios e diretrizes objetivando a promoção, a prevenção e recuperação da saúde com equidade:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações (BRASIL, 2004 a,p.13)

Contudo em 1983 foi implantado o Primeiro Registro Hospitalar de Câncer no Brasil, no Instituto Nacional de Câncer (INCA) de acordo com as normas padronizadas da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), com apoio da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer” (INCA 1999). O reconhecimento de que as ações de diagnóstico e tratamento não alterariam o perfil da mortalidade por câncer no Brasil se dissociadas das ações de prevenção e diagnóstico precoce resultou na criação do Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC) que tinha como estratégia viabilizar as ações de controle da doença no Rio de Janeiro em 1986 (BARRETO,2005).

Surge em 1987 o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) que tem como objetivo implementar as ações propostas pelo SIRCC. O PRO-ONCO originalmente pertencia ao CNCC (Campanha Nacional do Combate ao Câncer), porém a função de controle do câncer foi retirada da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas em 1990 e a CNCC foi desativada e as atribuições foram transferidas para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) junto do PRO-ONCO (INCA, 1995), neste contexto

[...] A partir de 2000, por Decreto Presidencial nº 3.496, o INCA passou a ter competência para desenvolver ações nacionais de controle do câncer, tornando-se referência nacional para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Com base neste Decreto, foram criadas as cinco Unidades assistenciais independentes administrativamente e com equipes de saúde próprias, que permitiram a descentralização dos serviços prestados (INCA apud BARRETO, 2005).

Estes dados históricos (a partir de documentos oficiais) que foram agrupados em ordem cronológica remontam brevemente os processos pelos quais a saúde pública foi se desenvolvendo de governo em governo, mostrando que conforme as doenças infecciosas eram combatidas, a população passou a não ser dizimada pelas mesmas e as doenças crônicas, como o câncer, passam a compor o cenário. O entrelaçamento entre o desenvolvimento do SUS com os órgãos responsáveis pela vigilância do câncer no território nacional demonstra a necessidade do controle epidemiológico para que sejam tomadas as medidas necessárias para o combate às doenças tanto no campo da prevenção, promoção e tratamento de saúde.

O CÂNCER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, as neoplasias na infância e adolescência correspondem à segunda causa de óbitos, principalmente nas regiões Sudeste e Sul do país, estando atrás apenas de mortes por causas externas como acidentes e violência doméstica (REIS, 2007).

De acordo com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (*International Agency for Research on Cancer*) da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo em 2012 (FERLAY, 2013). Estima-se que em

2030 haja cerca de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de óbitos em função do envelhecimento populacional e a redução da mortalidade infantil por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde/INCA 2014).

No período de 2012 a 2013, as estimativas de incidência realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva apontam a ocorrência de 11.530 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no país, em exceção dos tumores de pele (INCA 2013).

Segundo as estimativas do INCA para o ano de 2014 apontam a ocorrência de 580.000 casos novos de câncer no Brasil, onde 394.450 novos casos de câncer são em crianças e adolescentes. As neoplasias malignas merecem uma abordagem diferenciada por apresentarem alta prevalência, ônus institucional e social, consumir uma quantidade grande de recursos financeiros e pela crescente causa de morte no Brasil (Kligerman, 2001). No ano de 2013 foram investidos cerca de 2,5 bilhões de reais no tratamento de câncer e estima-se um investimento de 4,5 bilhões de reais para o período de 2014 (INCA 2014). O SUS conta hoje com 277 hospitais que realizam diagnósticos e tratamento de câncer no território nacional.

Dos cânceres infantis, a Leucemia é o tipo mais freqüente na maioria das populações. Seguida dos Linfomas (Hodking e Não Hodking), que nos países em desenvolvimento correspondem ao segundo lugar. Encontram-se ainda, os Tumores do Sistema Nervoso Central, do sistema nervoso simpático, o retinoblastoma, os tumores renais, hepáticos, tumores ósseos e os sarcomas de partes moles (INCA/MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

Existe uma variação na proporção dos vários tipos de câncer infanto-juvenil nas populações. Em alguns países em desenvolvimento, aonde a população de crianças chega a 50%, a proporção de câncer infantil representa 3% a 10% do total de neoplasias. Já nos países desenvolvidos essa proporção diminui, chegando a cerca de 1% (Ministério da Saúde/INCA 2014).

A mortalidade possui padrões diferentes em países desenvolvidos onde o óbito por neoplasia é considerada a segunda causa de morte na infância, nos países em desenvolvimento a proporção diminui, porque as mortes por doenças infecciosas

são as principais causas de óbito (Ministério da Saúde/Inca, 2014). “Quanto às possibilidades de cura, atualmente 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas se diagnosticadas precocemente e tratados em centros especializados” (Ministério da Saúde/INCA, 2009). Tomando por exemplo os países desenvolvidos a taxa cumulativa de sobrevivência em cinco anos nos Estados Unidos da América é em torno de 77%, no Norte Europeu varia de 77% e 62% no Leste Europeu (Ministério da Saúde/INCA, 2009). Além de que se observarmos as taxas de incidência e mortalidade de diversos tipos de câncer é possível constatar que não há um padrão global na ocorrência de câncer no mundo (GARÓFOLO e col, 2004).

O reconhecimento do câncer como um problema de saúde pública levou à implementação de ações, planos e programas para o controle do câncer, incluindo a melhoria da rede especializada de assistência médico-hospitalar e atividades de detecção precoce, e de prevenção na promoção de saúde e intervenção nos fatores de risco associados ao câncer (KLIGERMAN, 2001).

Entretanto o diagnóstico do câncer enfrenta algumas barreiras, como mostra o estudo de Dixon e colaboradores (2001) quanto às razões do diagnóstico tardio, observaram que com muita frequência os pais das crianças precisavam insistir com o médico para proceder com maiores investigações, que muitas vezes não realizavam exames e recebendo diagnósticos errôneos. O atraso só é quebrado quando ocorre uma catástrofe clínica ou procurando outro médico. A responsabilidade no atraso do diagnóstico é multifatorial, quanto maior é este atraso, mais avançada será a doença, menores serão as chances de cura e maiores serão as seqüelas decorrentes de um tratamento mais agressivo (RODRIGUES, 2003).

Neste cenário, torna-se fundamental que os recursos e esforços sejam direcionados no sentido de orientar estratégias de prevenção e controle de câncer. O estabelecimento de medidas efetivas para o controle do câncer pressupõe informações de qualidade sobre a distribuição de incidência de mortalidade, possibilitando assim melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes bem como a efetividade da atenção à saúde (Ministério da Saúde/INCA, 2010).

O estudo de revisão de Mutti e colaboradores (2010), que analisou as produções científicas brasileiras com o câncer infantil, com um total de 44 artigos analisados, verificaram que a região brasileira que com maior destaque em produção é a Sudeste com 71,1%, seguida pela Sul com 13,3%, Nordeste com

11,1%, Centro-Oeste 2,2% e Norte com 2,2%. Nas subáreas de conhecimento responsáveis pelas produções são: Enfermagem (40%), Medicina (35,5%), Psicologia (11%), Nutrição (6,6%) e Multiprofissionais (6,6%). As naturezas das produções são clínico - epidemiológicas (52,3%) e socioculturais (47,7%), e verificaram que há um investimento maciço nas questões curativas do câncer. Nos artigos verificados as questões do cuidado preventivo não foram contempladas.

Contudo, a literatura ainda carece de estudos quanto aos cuidados paliativos e preventivos, sobretudo quanto ao cuidado preventivo na população infanto-juvenil referente ao câncer. Nos cuidados paliativos, onde também se insere a perspectiva multidisciplinar na promoção da saúde (onde a Educação Física tem um papel importante), diversos estudos vêm sendo publicados, principalmente no que tange à recreação terapêutica, mostrando alguns efeitos sobre o desenvolvimento da criança durante a internação.

A CRIANÇA COM CÂNCER E O BRINCAR TERAPÊUTICO EM AMBIENTE HOSPITALAR:

A partir do diagnóstico a doença e a hospitalização desencadeiam uma série de sofrimentos no campo emocional da criança além de provocar alterações no desenvolvimento físico, motor, social e psicológico (SEGASPINI, 2009). Desde a determinação do diagnóstico, as crianças em tratamento do câncer são submetidas a vários procedimentos invasivos. Confiar em pessoas até o momento desconhecidas, ter que adaptar-se aos novos horários, receber vários tipos de medicações, permanecerem em quarto ou enfermaria, serem privadas de atividades de lazer são situações que não faziam parte do cotidiano das crianças e que caracterizam uma hospitalização (RIBEIRO et al, 2009; MOTTA & ENUMO, 2004).

O cuidado paliativo faz parte do tratamento da criança com câncer, que tem como objetivo amenizar estes sofrimentos causados pela relação doença/hospitalização, e entre os diferentes cuidados que enquadram neste tipo, as atividades lúdicas tem um lugar importante. De acordo com Motta e Enumo (2002), a inserção das atividades lúdicas é essencial no processo da humanização hospitalar,

pois sua aplicação como estratégia terapêutica proporciona às crianças atividades divertidas, diferenciadas, estimulantes, trazendo segurança e calma, alegrando não só o ambiente, mas amenizando as sensações desagradáveis do contexto hospitalar. O brincar durante a hospitalização é uma ferramenta facilitadora para o cuidado, a adesão ao tratamento e para estabelecer canais de comunicação mais apropriados (Pedro et. al. 2007), além de proporcionar à criança a oportunidade de expressar seus sentimentos e a sua realidade.

A perspectiva da utilização do brinquedo é de servir como meio de comunicação entre os profissionais e a criança, e detectar a singularidade de cada um. Para a criança promove o desenvolvimento físico, psicológico, moral e social; libera medos, frustrações, raiva, ansiedade. Ajuda a criança ainda a revelar seus pensamentos e sentimentos promovendo satisfação espontaneidade e diversão (FRANÇANI et. al. 1998).

Em 21 de março de 2005 foi aprovada a lei nº 11.104 (Brasil, 2005), que torna obrigatória a implantação de brinquedotecas em todos os hospitais que atendam pacientes pediátricos em regime de internação. Alguns trabalhos têm abordado o papel do lúdico e da recreação no espaço hospitalar. No trabalho de Segaspini (2009) destaca-se a importância da equipe multidisciplinar tanto para os pacientes quanto para os familiares, especialmente na recreação onde através das atividades são aliviados os fatores estressores da internação. De acordo com Pedro e colegas (2007), os objetivos do tratamento não devem se limitar a salvar vidas e curar doenças, mas também prevenir seqüelas e estimular paralelamente o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo de modo adequado à restauração e promoção de saúde, sob uma perspectiva mais ampla.

O brinquedo tem importante papel terapêutico, influenciando no restabelecimento físico e emocional, tornando o processo de hospitalização menos traumatizante e mais alegre, fornecendo melhores condições para a recuperação. Com o lúdico as crianças passam a alimentar-se melhor, ficam mais falantes, aceitam melhor os procedimentos hospitalares e comunicam-se melhor com os pais e os profissionais. (RESK, TERRA E STELLA, 2005).

A intervenção também deve atentar para os aspectos físicos do paciente, como mostra no estudo de Lemos e colaboradores (2013) foram avaliadas 36 crianças, sendo 15 com câncer e 21 crianças saudáveis com idade média de 10

anos, quanto à: Qualidade de vida, Imagem corporal, equilíbrio e nível de atividade física. Os resultados quanto ao equilíbrio mostraram que as crianças com câncer tendem a ter um desempenho menor quando comparado com crianças saudáveis. No quesito qualidade de vida, neste caso está relacionado com o bem-estar físico, social e psicológico e não à ausência da doença, foi dividida em alguns domínios: capacidade física, capacidade emocional, capacidade social e capacidade escolar. No domínio Capacidade física as crianças com câncer tiveram desempenho inferior às crianças saudáveis, está fortemente relacionado às diversas intervenções invasivas que ocorrem no tratamento do câncer. Nos domínios capacidade emocional, capacidade social e capacidade escolar não há diferença significativa, mostrando que de um modo geral elas apresentam uma qualidade de vida, mesmo com a presença da doença, muito semelhante às crianças saudáveis (LEMOS et. al., 2013). Na imagem corporal as crianças com câncer apresentaram uma característica inversa às crianças saudáveis, elas tendem a querer apresentar uma silhueta com maior peso. Quanto ao nível de atividade física, as crianças são muito semelhantes, segundo este autor, um fato curioso é que no grupo de crianças saudáveis duas crianças eram sedentárias, enquanto que no grupo de crianças com câncer nenhuma criança era sedentária. Apesar de valores inferiores no desempenho físico as crianças apresentam um nível de atividade física satisfatória para o seu desenvolvimento normal (LEMOS et. al., 2013).

O SERVIÇO DE ONCOLOGIA OBSERVADO

Localizado em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre, o SOP compreende uma área física de 1600m² contendo 25 leitos, sendo 2 leitos para Transplante de Medula Óssea (TMO), um posto de enfermagem, salas de prescrição médica, sala de apoio pedagógico, laboratório de pesquisa básica, unidade de quimioterapia ambulatorial, casa de apoio aos familiares, unidade de pesquisa clínica e uma sala de recreação.

O tratamento é gratuito, com exceção de dois leitos para convênios, o acesso ao serviço é via SUS além de contar com doações de diversas entidades públicas e privadas e o apoio do Instituto do Câncer Infantil (ICI). Com o apoio público e privado

a unidade foi reformada recentemente, essas melhorias diversas vezes foram referidas tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. A unidade funciona em tempo integral e em regime de internação, conta com uma equipe multiprofissional composta por: médicos e residentes, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e técnicos, professores para o apoio pedagógico, assistente social, professora de educação física e pedagoga. Os residentes multiprofissionais da enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e farmácia também compõem o quadro efetivo da unidade, além da equipe de pesquisa clínica e laboratorial. Estes profissionais se reúnem periodicamente para: Tratar dos assuntos da organização da unidade, evolução e condutas de pacientes, internação e altas entre outras combinações. Como estagiário não pude presenciar uma reunião, pois esta ocorria no turno inverso o qual eu estava em aula na universidade. Todas as questões pertinentes ao trabalho realizado pelo setor de recreação nos eram informadas na reunião da equipe de recreação. Estas interações dos setores vão ao encontro do que afirma Costa, Pontes e Dias (2006):

[...] se caracteriza pela atuação em conjunto com os outros setores ou partes desses tendo em vista resultados mais efetivos do que os que poderiam ser alcançados pela saúde isoladamente. Ressalta-se neste conceito que a prática da intersectorialidade está referida aos modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores nem anulando a importância da singularidade de ação e das práticas setoriais.

O serviço de recreação terapêutica neste hospital existe desde o final da década de 70, composto por professores de educação física, terapeutas ocupacionais e pedagogos. Desta forma a educação física foi buscando seu espaço no hospital. O serviço de oncologia foi inaugurado na metade da década de 90 e a sala da recreação em igual período. A preceptora de educação física que me recebeu na recreação trabalha na oncologia há 13 anos.

A Educação física na recreação terapêutica se difere do modelo tradicional, como em outros setores da saúde pública em que o objetivo é trabalhar o sujeito de maneira integral atendendo suas necessidades, ela não se atém apenas às variáveis como números de repetições, carga, ângulos ou rotas metabólicas. O conhecimento dessas variáveis é fundamental para um trabalho de qualidade e melhores resultados, entretanto elas não são o foco da intervenção. Utiliza-se de atividades

alternativas, preferencialmente lúdicas, que atendam a queixa principal e dê estímulos para outras valências físicas. É importante ressaltar que é preciso respeitar o ambiente hospitalar, explorar ao máximo o espaço e o material disponível de maneira segura.

As intervenções devem ser feitas em local apropriado e controlado, uma vez que os pacientes estão suscetíveis a intercorrências durante as atividades. As crianças portam um cateter central conectado a uma bomba de infusão fixada em um pedestal móvel onde estão os medicamentos, soro e por vezes bolsa de plaquetas para reposição. Este aparato tende a atrapalhar em atividades mais intensas ou de maior mobilidade que somados aos efeitos colaterais do tratamento geram um desafio para que sejam efetivadas. Estes fatores influenciam para que as atividades desenvolvidas neste setor sejam de baixa intensidade com foco mais educativo. São comuns as atividades como jogos de tabuleiro, jogos de carta, filmes, jogo de sinuca entre outros.

A SALA DE RECREAÇÃO E O ATENDIMENTO

Na sala de recreação é onde ocorre maior parte do atendimento funciona de segunda à sexta das 9:00 às 11:30 e das 14:30 às 17:30, nos sábados das 8:30 às 17:00. Meu período de estágio era pela manhã. A equipe é composta por de uma Professora de Educação Física e uma Pedagoga, quatro estagiários não curriculares (dois para cada turno) e um estagiário curricular. A sala é muito bem equipada onde encontramos vários armários com jogos de tabuleiro, quebra-cabeças, bonecos, jogos de cartas, entre outros atrativos para as crianças. Uma bancada para higienização e grandes mesas para atividades manuais. Além disso, possui uma sala com alguns computadores e dois videogames. Há também uma sala exclusiva para material audiovisual. No armário de brinquedos, na área destinada aos bonecos, me chamaram a atenção duas bonecas em especial: uma boneca Barbie® sem os cabelos e uma boneca de maquiar e pentear parcialmente sem cabelos (Caderno de Estágio 24/05/2013). Estas bonecas foram adaptadas em função do pedido de uma paciente (muito tempo antes do meu estágio), mostrando o quanto as

crianças projetam sua realidade nos bonecos. Estas modificações parecem estabelecer uma proximidade com o estado dos pacientes em geral e remontam um processo adaptativo do corpo frente ao tratamento da doença.

Antes de abrir a recreação para o atendimento, há uma breve reunião, onde nós estagiários somos atualizados em relação aos acontecimentos do turno inverso, condutas a serem tomadas em casos especiais, apresentação de material didático entre outras combinações para o funcionamento da rotina da sala (Caderno de Estágio 24/05/2013).

As atividades realizadas na sala de recreação respeitam o princípio do livre arbítrio, ou seja, a demanda de trabalho é dependente dos interesses dos pacientes que freqüentam a sala, assim como as intervenções em outros setores da rede pública, ela não estabelece sistemas rígidos de um plano de aula ou de treinamento. Sob esta perspectiva, todo o material (físico ou profissional) está disponível para qualquer atividade que desperte o interesse do paciente. A partir das atividades são propostos desafios a fim de explorar alguma valência física, social ou mental. Como por exemplo, em um trabalho de pintura, desafiar a usar a mão não dominante ou se concentrar para pintar pequenos detalhes do desenho para estimular a motricidade. Todo início da manhã nós estagiários passávamos de quarto em quarto para convidar os pacientes para a recreação e sempre éramos recebidos com muita alegria tanto pelos familiares quanto pelas crianças.

Desde o primeiro dia até o final do estágio acompanhei mais de perto dois meninos que eram muito presentes na sala de recreação. Ambos já eram reincidentes na internação e todas as internações são de longa duração. Os dois foram diagnosticados com leucemia e passavam o período inteiro da recreação interagindo através jogos. A paixão de ambos é o videogame e acordavam mais cedo, esperando ansiosamente para que a sala abrisse. Ambos apresentavam habilidades fora do padrão de suas idades no desempenho nos jogos. Finalizaram diversas histórias de diferentes jogos em curto espaço de tempo. Estabeleci uma reflexão a respeito dos jogos na vida destes pacientes.

Quando questionei o porquê de gostarem tanto dos jogos um deles me respondeu: “Durante os jogos eu sou aquele personagem, quando eu erro e eu

morro, posso voltar e fazer de novo, sem errar” (Caderno de Estágio 24/04/2013). Penso que os jogos parecem ter um papel importante no enfrentamento da doença e no aprendizado, instantaneamente o indivíduo tem a recompensa ou o ônus de sua decisão, isto é, perder o progresso na história do jogo ou mesmo com a morte do personagem, com a possibilidade de retomar de um ponto seguro e fazer a escolha certa, exercendo um papel educativo. Por outro lado, fora dos jogos, nem sempre podemos voltar atrás nas escolhas que tomamos. Outro ponto importante é que ao mesmo tempo em que o sujeito se projeta no personagem ele se distancia da sua realidade (Caderno de Estágio 24/04/2013).

Freqüentemente eram acometidos por algum efeito colateral da medicação, como descamação da pele, amarelão por alguma insuficiência hepática, alguma cirurgia, enfim diversos acometimentos que impossibilitavam atividades como jogar bola ou de intensidade moderada. Na internação de uma unidade oncológica é muito comum que efeitos colaterais impeçam o desenvolvimento de atividades físicas durante a recreação, tornando mais comuns intervenções educativas de baixa intensidade.

No meu quinto dia de estágio, utilizei uma bola para trocar passes com um dos pacientes, na ocasião ele estava sendo visitado pelo seu irmão mais velho. A criança se comunicava apenas com o irmão, e mal trocava algumas palavras, fui conhecendo o histórico daquele menino através de seu irmão (Caderno de Estágio 03/05/2013). Enquanto trocávamos passes, notei que ele usava apenas a perna dominante para chutar a bola, passei a intercalar a direção do passe para que ele usasse as duas pernas para chutar. À medida que foi sendo estimulado notei que ele era bom com ambas as pernas. Em contrapartida acompanhei uma menina de aproximadamente 11 anos de idade, que em função do câncer teve de amputar a perna completamente (Caderno de Estágio 06/05/2013). Além deste quadro doloroso, a mãe desta menina foi a óbito em função de um câncer alguns anos antes do diagnóstico da menina. Quando o diagnóstico é tardio, as intervenções são mais severas e mais traumáticas como relata o estudo de Rodrigues e colaboradores (1992). A menina recebeu visita de *promoters* de um time de futebol, é muito comum que empresas privadas ou sumidades públicas desempenhem um papel filantrópico, seja fazendo doações, seja visitando a Unidade em parceria com o ICI.

Uma das manhãs ela conta que teve um sonho em que corria num campo (Caderno de Estágio 08/05/2013).

Quando se trabalha em um serviço dedicado ao tratamento de pessoas com câncer, uma doença tão associada à morte é fundamental que estejamos preparados para algum óbito. São crianças com suas infâncias ceifadas por uma doença grave e que estabeleceram vínculos com a equipe. Encarei esta realidade no 12º dia de estágio, não tive muito contato com a criança, porém a comoção foi geral em toda a Unidade. Recebemos (eu e meus colegas de estágio) o *feedback* dos preceptores que é importante darmos segurança para as outras crianças e não deixar que estes eventos as afetem (Caderno de Estágio 20/05/2013). A partir desta data fui preparado para fazer alguns atendimentos nos leitos.

ATENDIMENTO NOS LEITOS

Os atendimentos à beira do leito exigem cuidados na abordagem do paciente e familiares/acompanhantes. Geralmente o atendimento é solicitado pelo familiar ou pela equipe da unidade, e a escolha dos materiais é uma tarefa criteriosa que depende do tipo de atendimento. Existem três casos que se diferem dos atendimentos nos leitos: a) o paciente que está no quarto e impossibilitado de se deslocar até a sala de recreação; b) o paciente que está em isolamento por estar doente por algum tipo de agente infeccioso (bactérias multirresistentes, viroses, etc) e c) o paciente que está em processo de transplante.

-Paciente no leito:

O atendimento no leito de um paciente que esteja acometido por algum tipo de restrição que o impeça de se deslocar até a recreação é um trabalho elaborado dependendo da queixa principal, como por exemplo, perda de força.

Fiz o atendimento de um paciente muito debilitado, além da dificuldade de articular palavras o câncer estava em estágios avançados com evidência de metástase, e o acompanhei (quando me era solicitado) desde minha primeira

intervenção até meus últimos dias de estágio. Neste caso a queixa principal era a inatividade física e o isolamento social. Em conjunto com a equipe da recreação, resolvemos elaborar atividades com balão. A fim de que ele fizesse força com os braços para apertar, mover os braços para bater no balão e conseguir algumas risadas quando enchesse o balão e vê-lo voar pelo quarto descontroladamente quando ao se esvaziar. Um dos cuidados fundamentais da atividade no leito é a higienização do material e das mãos do profissional. O objeto que entrasse em contato com o chão jamais deve entrar em contato com o leito, a menos que fosse devidamente higienizado (Caderno de Estágio 21/06/2013). As primeiras atividades foram mais efetivas e com ótimos resultados, entretanto, o quadro deste paciente teve pioras significativas. Por vezes o encontrei dormindo em função da medicação, a dor que ele sentia era tanta que a dosagem da Morfina foi elevada diversas vezes.

- Paciente em isolamento:

Em função do câncer e do tratamento as defesas do organismo ficam enfraquecidas e abre brecha para doenças oportunistas como *Herpes Zóster*, infecção por bactérias multirresistentes como *KPC* e *acinetobacter*, tuberculose entre outras, este estado é chamado neutropenia. A neutropenia é definida pela diminuição do número de neutrófilos circulantes no sangue. Os neutrófilos são os principais responsáveis pela defesa de infecções por bactérias ou vírus e correspondem usualmente entre 50 a 70% dos leucócitos (HSIEH, 2007). Para evitar que estes agentes infecciosos contaminem outros pacientes, os acometidos ficam em quartos isolados e são liberados quando cessar o risco de propagação. Nestes casos a abordagem deve ser meticulosa principalmente com a higienização pré e pós-intervenção.

Atendi um menino que foi para o isolamento em função de uma pneumonia, como ele já tinha um histórico de ser fisicamente ativo, e era bastante freqüente na sala de recreação, o objetivo da intervenção era evitar o efeito do isolamento social. O material utilizado no atendimento foram alguns bonecos de ação e um baralho de cartas. Com o baralho jogamos alguns jogos e fiz alguns truques de mágica, com os bonecos pedi para que ele me mostrasse quem eram os bonecos e qual a história deles, o que eles faziam e no que eram bons a fim de estimular sua criatividade.

Além da diversão o contato com o paciente e a possibilidade de estabelecer um diálogo enquanto jogávamos, pude compreender a história de vida desta criança e como ela encarava a doença. Todo o material utilizado foi cuidadosamente higienizado com álcool e as cartas são plastificadas para que se conserve o material e para uma melhor assepsia

Houve outros casos, mais comuns, em que os pacientes estavam muito debilitados em que desejavam apenas assistir algum filme da Disney®, ou brincar com quebra-cabeças ou com jogos de carta.

-Paciente no Transplante de Medula Óssea:

O paciente no Transplante de Medula Óssea é o que demanda maiores cuidados em função dos procedimentos invasivos do transplante. O transplante segue alguns estágios que resumirei a seguir: Primeiramente são administrados medicamentos para destruir as células de defesa, assim como as células hematopoiéticas dos ossos. Quando o organismo está preparado para receber a nova medula, o paciente recebe via infusão a medula saudável. Ela passa pela corrente sanguínea até se alojar nos ossos como o fêmur, íliaco e costelas, que são os principais sítios de medula óssea do corpo humano. Durante este período, espera-se a “pega” da medula, e se não há rejeição aos poucos o organismo começa a recuperar suas defesas (INCA citado 26 abril 2014). Durante todo o processo o paciente fica suscetível a qualquer infecção, portanto, além da higiene dos materiais é indicado ao profissional que for adentrar no quarto destinado ao TMO utilizar dos equipamentos de segurança (luvas, avental estéril e máscara).

No período da manhã as crianças em TMO, na maior parte das vezes estavam muito sonolentas e isto é justificável pelo fato destas crianças passarem por vários procedimentos que minam seu organismo, o que se reflete na falta de interesse em algumas atividades. Portanto quase não tive contato com o paciente no TMO. Em geral as atividades são muito semelhantes em relação ao paciente em isolamento por infecção, preferem assistir a algum filme, brincar com quebra-cabeça, brincar com algum boneco ou joguinhos de cartas. Em ambos os casos as atividades tendem a ser mais educativas ou apenas de lazer, pois a prostração em

função do efeito colateral das medicações e do próprio procedimento de transplante não permite uma abordagem com muita intensidade.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A Educação Física vem crescendo no ambiente hospitalar e na saúde pública, o incentivo à inserção do professor de educação física neste cenário é justificado por diversos estudos mostrando a eficácia da atividade física nas doenças crônicas (BACURAU E COSTA ROSA, 1997). Com a implementação de brinquedotecas (ou salas de recreação) surge uma área de atuação para o professor de educação física durante a internação.

Adquiri experiência com o trato de pacientes e voltei minha formação para lidar com saúde/doença. Além do grupo de pesquisa no início da minha trajetória acadêmica, tive a oportunidade de fazer um estágio extra-curricular na internação psiquiátrica, e ambas experiências me ensinaram a me portar e executar as tarefas neste ambiente, sobretudo a trabalhar numa equipe multidisciplinar.

Nesta Unidade tive a oportunidade de conversar com psicólogos, assistentes sociais, residentes, médicos, enfermeiras e técnicas para me inteirar sobre o quadro dos pacientes, ou quando era reportada alguma queixa, como “Eu queria tal brinquedo hoje”, o diálogo entre os profissionais se mostrou fundamental para um trabalho de qualidade. Além de reportar para a equipe médica algum evento atípico que poderia significar um efeito colateral. Ou informar para uma psicóloga sobre a alegria ou tristeza de um paciente quando estava na recreação. Por meio destes diálogos reafirmava a presença do profissional da recreação dentro da equipe.

Diversos veículos de informação, quando se refere ao câncer, afirmam a importância da equipe multidisciplinar não apenas durante a internação, sobretudo na continuidade do tratamento após a internação, seja na fase ambulatorial seja na fase de recessão da doença (INCA citado 26 abril 2014). Afirmam que essa influencia, ressalto aqui o professor de educação física, incide nas maiores chances de cura e na sobrevivência dos pacientes. A cooperação multidisciplinar é fundamental para que as intervenções tenham maiores sucessos, como no acompanhamento de um paciente, conversei com a Assistente Social desta família para compreender o

histórico de vida destas pessoas e com isso adaptar a minha abordagem segundo a realidade deles. Contudo é importante tomar cuidado com as intensidades das atividades, por existirem alguns fatores que tornam desaconselháveis atividades de maior intensidade, por exercerem uma influência do sistema auto-imune já debilitado pela doença, tornando mais aconselháveis atividades de moderada à baixa intensidade (COURNEYA, MACKEY e QUINNEY, 2004).

As atividades exercidas na Recreação Terapêutica são de cunho sócio-educativas voltadas ao lazer. De forma que as intervenções são relativas ao interesse do paciente e do cuidador. É função do profissional na recreação, proporcionar atividades livres ou dirigidas, de lazer ou entretenimento para as crianças na sala de recreação ou no leito (KUDO E PIERRI, 1997).

Outros autores, quanto à abordagem da recreação afirmam também que

Os recursos lúdicos são utilizados como recurso minimizador do processo de hospitalização. Sua diversidade, mesmo não impedindo que a criança vivencie momentos dolorosos, possibilita que ela libere sentimentos de raiva e hostilidade provocados pelo tratamento e por suas conseqüências. Além de contribuir para a aproximação entre todas as pessoas envolvidas no processo de hospitalização, colabora para a humanização e o enriquecimento do ambiente hospitalar. Para a criança, brincar é a principal atividade no hospital, pois a função lúdica é divertida e proporciona distração, alegria e prazer (PEDROSA apud MUTTI, 2010).

Minha experiência prévia (meu tumor aos oito anos de idade) acabou sendo um pretexto interessante para que eu pudesse me aproximar de uma paciente e de seus familiares. Ela apresentava os mesmos sintomas que eu apresentei quando criança, mas no caso dela a doença era bem mais agressiva. Ela se mostrava muito queixosa, deprimida e quase não aparecia na recreação. Conversando com a mãe desta menina contei meu caso e que hoje estou estudando e trabalhando com saúde e exercício, deu um ânimo e esperança para essa família (Caderno de Estágio 06/06/2013). Além da revolta com o diagnóstico, um fator que contribuiu para o impacto negativo da doença foi a morte da avó vitimada pelo câncer de pulmão. Enquanto acompanhei essa família, pude levantar resultados positivos como a presença mais constante na sala de recreação, maior interação com os outros pacientes e a equipe, e alguns negativos como momentos de muita tristeza ou muita

dor, momentos de isolamento e momentos de frustração. De uma forma geral os resultados positivos predominaram.

Entretanto, nem sempre temos resultados felizes, como quando acompanhei um menino muito alegre e participativo na recreação. Foi internado para fazer exames, pois não possuía um diagnóstico bem esclarecido. Sua internação era reincidente, porém em um determinado momento houve um agravamento na doença. Começou com o diagnóstico de câncer no fígado, e após os exames apresentou metástases no sistema nervoso central e alguns ossos. Por um período de dois meses ele apresentava bom sinal, isto é, comunicativo e participativo na recreação, e sempre animado (14/06/2013). Mais para o final do meu estágio ele passou a apresentar estados de ausência e com dificuldade de manter a linha de raciocínio ou a continuidade do que falava, emendando um assunto no outro e muitas vezes referia dor intensa na cabeça. Quando encerrei meu estágio ele apresentava agravamento nestes sintomas e quase não aparecia mais na recreação. Neste ano (2014) fiz uma visita ao hospital e à equipe, fui informado do óbito desta criança.

O trabalho lá desenvolvido transcendia a sala de recreação. Atendi nos leitos algumas vezes primeiramente atendendo o paciente relatado anteriormente, como naquele caso é importante tomar cuidado com as limitações do sujeito. Naquele caso as limitações eram diversas, desde a fala prejudicada até a limitação física. Desenvolvi atividades com o intuito de reabilitar a força de membros superiores com atividades lúdicas com o balão (Caderno de Estágio 03/06/2013). Este paciente teve diversas complicações, algumas vezes o encontrei sedado, assim como na repercussão do caso anterior, fui informado do óbito deste paciente que ocorreu logo após o natal.

É comum no atendimento no Transplante de Medula Óssea, e mesmo no isolamento por conta de uma infecção, que no turno da manhã (horário do meu estágio) as crianças estejam muito sonolentas, pouco participativas, preferam assistir um filme ou desenho e na maior parte das vezes apenas descansar. Elas ficam com a imunidade muito baixa (ou pela medicação ou pela infecção), além disso, a medicação no TMO tende a distorcer o paladar, e sem a oferta ideal de nutrientes há uma contribuição na redução da atividade aumentando o desânimo. Em todo

caso, ressalto a importância do uso dos equipamentos de segurança e na assepsia dos materiais e de tudo que venha entrar em contato com o paciente.

As crianças são seres frágeis em estágio de maturação, algumas mal tiveram experiências como correr, jogar bola na calçada, subir em árvores. O ambiente da internação preenche boa parte da sua infância. Além do afastamento no colégio e da interação nas escolas, o aprendizado ocorre na internação. Existem aqueles também que tiveram uma infância na rua, na escola, para esses percebi que a internação é um pouco mais traumática com o afastamento de amigos, vizinhos e parentes. Surpreendeu-me que diante de todos estes acontecimentos as crianças respondiam de forma muito positiva, muitas vezes com alegria.

Além do olhar para o paciente, é preciso também cuidar dos acompanhantes dos pacientes (pais, avós, irmãos, parentes em geral), que influenciam diretamente no trabalho da unidade. Um estudo mostrou a influência da sobrecarga na qualidade de vida de cuidadores de crianças na internação, mostrando que as vidas destas pessoas mudam drasticamente, tornam-se mais ausentes no lar, passam a deixar de se envolverem com suas próprias tarefas para se dedicarem totalmente à criança internada. Estes fatores geram um estresse, que somados às frustrações (das evoluções e baixas) na internação, influenciam no humor do acompanhante podendo gerar atrito com a equipe (RUBIRA, 2012). A recreação, além de atender as crianças, proporciona um ambiente de alívio para estas pessoas que tanto se dedicam para seus pequenos, ali elas passam a interagir com brinquedos e jogos se afastando do ambiente de doença.

Na Unidade que realizei meu estágio a intervenção do professor de EFI se difere do sistema clássico, focado no exercício. Está focada em proporcionar conforto e bem estar para os pacientes, a fim de aliviar os fatores estressores da internação oncológica. Segundo Winther (1998) a recreação terapêutica tem como objetivo:

[...] Proporcionar aos pacientes hospitalizados crianças, adolescentes e idosos – condições de desenvolvimento como um todo, visando aumentar sua auto-estima, promovendo uma recuperação física e emocional de uma forma mais rápida, alegre e saudável. Também proporcionar ao corpo funcional momentos de descontração e

relaxamento aliviando as pressões inerentes ao trabalho, tornando o ambiente mais humanizado e alegre.

Esta área do conhecimento (a oncologia) é totalmente nova para a educação física com uma representatividade ainda embrionária. Durante a minha formação tive contato com outras doenças, como cardiopatias, as doenças mentais, a obesidade, a hipertensão, doenças posturais e outras. Contudo o câncer não foi abordado no meio acadêmico e todo o conhecimento que adquiri foi através do estágio e do material que compôs este trabalho.

A educação física conquistou um espaço importante com as Residências Multiprofissionais nas áreas da saúde mental e na pediatria de uma forma geral. Entretanto, a oncologia pediátrica merece uma abordagem mais específica no meio acadêmico por se tratar de uma doença muito complexa. A literatura carece de produções multidisciplinares que compreende apenas 6,6% das publicações, analisadas por Mutti e colaboradores (2010), fundamentalmente por parte da Educação Física, na pesquisa qualitativa maior parte das investigações com o câncer são publicações da Enfermagem referente ao cuidado.

CONCLUSÃO

Ao passo que as doenças infecciosas foram sendo controladas e a população passou a viver mais, as doenças crônico-degenerativas passaram a ter um papel importante no índice de mortalidade. O câncer passou a ser uma preocupação mundial, visto que é a segunda maior responsável por óbito nesta população, exigindo melhorias no tratamento e acompanhamento. Com o intuito de diminuir os efeitos deletérios desta doença, foi associada ao seu tratamento a presença de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, pedagogos, farmacêuticos, professores de educação física, entre outros.

Na oncologia pediátrica a inserção do professor de educação física é um acontecimento recente, ainda pouco explorado em termos de intervenção e pesquisa. No contexto hospitalar, tende a ser o primeiro profissional que a criança se apegar e estabelece relações de confiança estreitando os laços entre o paciente e seus familiares com a equipe no cuidado.

A educação física no hospital tem uma característica diferente do que a atuação em locais como academias e clubes, onde o foco é o desempenho físico, ela assume um papel de promotora da saúde e do bem-estar dos pacientes internados, numa perspectiva multidisciplinar, utilizando de abordagens lúdicas para devolver a alegria e aliviar o estresse que está associado à internação.

As experiências adquiridas ao longo do estágio foram um verdadeiro divisor de águas, onde pude experimentar a rotina de quem trabalha na rede pública de saúde. A vivência de um serviço público de qualidade do SUS na internação hospitalar e conhecer o cotidiano dos acompanhantes e dos pacientes doentes de câncer. Ressalto a prestatividade dos preceptores locais que contribuíram significativamente para que meu aprendizado se tornasse ferramenta para auxiliar no serviço e conquistar os atributos necessários para as atividades.

Através deste estudo foi possível constatar a importância da intervenção do professor de educação física, como integrante de uma equipe multidisciplinar dentro do ambiente hospitalar, ainda que existam poucos estudos relacionando a educação física no hospital e o câncer infantil é fundamental o investimento acadêmico (com a implementação de residências multiprofissionais) a fim de dar conta desta demanda de trabalho com efetividade e qualidade.

REFERÊNCIAS

BACURAU, R.F.; COSTA ROSA, L.F.B.P. Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento do câncer. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v.11 n.2, p. 142-147, 1997.

BARRETO EMT. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3): 267-275

BRASIL. SENADO FEDERAL. Constituição Federal: Seção II art. 196 Da saúde, 1988.

BRASIL. Lei n.º 11.104 de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 mar. 2005.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMARGO B, KURASHIMA AY. Cuidados paliativos e oncologia pediátrica: o cuidar além do curar. São Paulo (SP): Lemar; 2007.

CÉSAR, M. DA S. Práticas corporais na Estratégia de Saúde da Família: significados do Lian Gong na visão dos usuários de uma comunidade em Porto Alegre. 2012. 37f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CORNEYA K.S.; MACKEY J.R.; QUINNEY, H.A. Neoplasias. In: American College of Sports Medicine. *Pesquisas do ACSM para a fisiologia do exercício clínico: afecções musculoesqueléticas, neuromusculares, neoplásicas, imunológicas e hematológicas*. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.201-215, 2004.

COSTA, A.M.; PONTES, A.C.R.; ROCHA, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção de saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (orgs). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Huitec: Opas, 2006. 222p.- (Saúde em Debate; v.175).

DIXON-WOODS M, FINDLAY M, YOUNG B, COX H, HENEY D. Parents' accounts of obtaining a diagnosis of childhood cancer. *Lancet* 2001; 357:670-4.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1 .0, cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 26 abr. 2014

FILHO, F. G. Estágio Curricular de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de aprendizagem em serviço. 2013. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GARÓFOLO, A.; AVESANI, C.M.; CAMARGO, K.G.; BARROS, M.E.; SILVA, S.R.J.; TADDEI, J.A.C.; SIGULEM, D.M. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2004, 17(4): 491-505.

HSIEH MM, EVERHART JE, BYRD-HOLT DD, TISDALE JF, RODGERS GP. "Prevalence of neutropenia in the U.S. population: age, sex, smoking status, and ethnic differences". *Ann. Intern. Med.* 2007 apr 3;146 (7): 486–92. ISSN 0003-4819

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Perguntas e Respostas sobre o Transplante de Medula Óssea: Orientações ao paciente e familiares. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/perguntas_e_respostas_sobre_transplante_de_medula_ossea. Citado 26 abril 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE. Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro (Brasil) PRO-ONCO; 1995.

KROEFF M. Resenha da luta contra o câncer no Brasil. Documentário do Serviço Nacional de Câncer. Rio de Janeiro (Brasil): Imprensa Brasileira; 1946.

KUHN, G. F. A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: A visão dos usuários. 2012 49f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEMOS F.A., DAL BOSCO A., SALES V.F., SILVA S.C., DIAS A.S. Análise de fatores físicos, psicossociais em crianças com câncer. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 57 (2): 95-100, abr.-jun. 2013.

LILIANE FARIA DA SILVA, IVONE EVANGELISTA CABRAL, MARIALDA MOREIRA CHRISTOFFEL. As (im) possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial **Acta Paul Enferm** 2010;23(3):334-40.

MELLO CG. O sistema de saúde em crise. 2ª Ed. São Paulo: CEBES: HUCITEC; 1981. (Coleção Saúde em Debate).

Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, Ribeiro KCB, De Camargo B, Torloni H, editores. Registro hospitalar de câncer pediátrico 1988 & 1994. Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo. São Paulo: *Fundação Antônio Prudente*; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008. – p220. il. color. tab. ISBN 978-85-7318-139-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2009-2008: incidência de câncer no Brasil – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009 – p98 p. ISBN 978-85-7318-161-6 (versão eletrônica)

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014 124p. : il. col., mapas. ISBN 978-85-7318-237-8 (versão eletrônica).

MITRE RMA. Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2004; 9 (1):147-54.

MOLINA NETO, V. Etnografia: Uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física. In: MOLINA NETO, Vicente TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva (orgs.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização**. Psic., Saúde & Doenças, Programa de Pós- Graduação em Psicologia: Universidade Federal do Espírito Santo, 2002, vol.3, n.1, p. 23-41. ISSN 1645-0086

MUTTI CF, de Paula CC, Souto MD. Health Care of Children with Câncer in the Brazilian Scientific Literature. *Rev. Bras. Cancerol* 2010; 56(1):71-83.

PEDRO ICS, NASCIMENTO LC, POLETI LC, LIMA RAG, MELLO DF, LUIZ FMR. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.15, n.2, p.111-119. Mar-abr.2007.

PEDROSA AM, MONTEIRO H, LINS K, PEDROSA F, MELO C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no serviço de oncologia pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007;7(1):99-106.

PETRILLI AS, CARNEIRO JL, CIPRIANO M, ANGEL A, TOLEDO S. Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre câncer na criança e no adulto. *Rev. Bras Cancerol* 1997, 43(3): 191-203.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde; Renato Tapajós-DOI: 10.3395/reciis. v4i4. 420pt.**RECIIS**, v. 4, n. 4, 2010.

PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – **PRÓ-SAÚDE**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), ISBN 978-85-334-1353-5.

REIS RS, SANTOS MO, THULER LCS. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Rev Bras Cancerol**. 2007; 53 (1): 5-15.

RESK, Zélia Marilda Rodrigues; TERRA, Fabio de Souza; STELLA, Fernanda Melo; RIOS, Thaís Elene Bichir; SILVA, Vagnara Ribeiro. **Práticas lúdicas, humanização e orientações do autocuidado como minimizadores das tensões no ambiente hospitalar: uma atividade extensionista**. Alfenas: UNIFAL, 2005.

RIBEIRO, C.A et. al. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: a experiência da criança com Port-a-Caith*. *Acta Paul Enferm*, v22 (Especial – 70 anos), p.935-41, 2009.

RODRIGUES KE, CAMARGO B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev Assoc Med Bras**(1992). 2003; 49 (1): 29-34.

RUBIRA EA, MARCON SR, BELASCO AGS, GAÍVA MAM, ESPINOSA MM. Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(4):567-73.

SEGASPINI F.V. O brincar como instrumento terapêutico no tratamento de crianças com câncer – a visão da família, 2009. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

VUADEN, F. C. Grupo Qualidade de Vida: A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família. 2012. 29f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

WACHS, F. **Educação Física e Saúde Mental**: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2008. 145f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre 2008.

WINTHER, Ennio de Magalhães. Recreação Hospitalar. **Sprint Magazine**. Rio de Janeiro, março/abril de 1998.

WORLD HEALTH ORGANISATION. The World Health Report 1998: Life in te 21st century a vision for all. Genebra: WHO; 1998. p.61-111.