

Carolina Niero Pinheiro

O Mundo Psíquico de Uma Criança com Câncer:
Sua Identidade e Fantasias.

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo

2010

Carolina Niero Pinheiro

O Mundo Psíquico de Uma Criança com Câncer:
Sua Identidade e Fantasias.

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Cecília de Correia Faria.

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2010

Agradecimentos:

Em primeiro lugar dedico este trabalho a Profa Maria Helena Franco, que como profissional dedicada e engajada, me apresentou ao universo das pesquisas. Obrigada Lelê, por sempre confiar no meu trabalho e por me ensinar a caminhar com minhas próprias pernas.

Agradeço a Profa Cecília Faria, que me ensinou a mergulhar por inteiro na escrita. Profissional que eu admiro, professora que eu levarei como referência de meus anos acadêmicos. Cecília, devo à você, não só minha postura como pesquisadora, mas a minha postura clínica e como pessoa.

Aos meus pais: Antônio Carlos e Maria Teresa, que sempre me deram a sábia liberdade para que eu fizesse minhas escolhas, assim como o apoio e a segurança sempre que procurei.

As minhas irmãs: Lia e Tais, pelo carinho, respeito e amizade, que construímos ao longo de nossas vidas. Irmãs, que fizeram da minha condição de “caçula”, um motivo a mais para me paparicar.

À todos os meus amigos, que podem ser muito bem representados por: Flá, Clau, Mô, Cin, Bah, Lívia e Fê (minha “irmãzinha”). Amizades construída ao longo de 5 anos que levarei pro resto da vida. Meninas, vocês fizeram com que os dias eternos na “pontifícia” se tornassem maravilhosos pelo simples fato de estarem comigo.

À todos aqueles que amo e que não foram citados aqui, pelo apoio e escuta. Mesmo distantes da “PUC” vocês estiveram próximos de toda a minha trajetória acadêmica.

E por fim à FAPESP pelo incentivo financeiro dado a minha iniciação científica.

Pinheiro, Carolina Niero. O Mundo Psíquico de Uma Criança com Câncer: Sua Identidade e Fantasias: São Paulo, 2010.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Faria.

Este trabalho utiliza-se da concepção que Melanie Klein sobre fantasia, ou seja, a fantasia como representante mental das pulsões e dos mecanismos de defesa, aquilo que dá vida aos instintos do mundo psíquico e do mundo real. Mais particularmente, defende que as fantasias infantis podem ser investigadas através dos desenhos, narrativas e brincadeiras, já que, ela é fonte de toda ação humana, sendo possível reconhecê-las nas produções humanas. No caso de criança com câncer, acredita-se que suas produções são atravessadas por conteúdos intimamente relacionados à doença e ao seu tratamento, fazendo parte intrínseca de sua identidade. A partir dessas considerações, tem-se como objetivo a elaboração de um estudo de caso de G., para que se possa identificar no mundo psíquico as fantasias de uma criança com câncer, para que haja uma melhor compreensão das consequências do adoecer na identidade desta. São utilizadas informações de um participante que faz parte do banco de dados de uma iniciação científica “O luto desencadeado pelas mudanças advindas do câncer, pela vivência da criança portadora.”, realizada por mim, orientada pela profa Dra. Maria Helena Franco e que contou com a ajuda financeira da FAPESP. Os dados foram obtidos através de desenhos, histórias e brincadeiras, gravados e transcritos, na íntegra. O participante é do sexo masculino, idade de 6 anos, com o diagnóstico do câncer tipo linfoma. Os procedimentos para tratamento da pesquisa foram: 1º etapa: interpretações dos desenhos atrelados à história correspondente ao desenho, um de cada vez, seguindo a ordem das sequências de produção dos desenhos do participante; 2º etapa: interpretação da 1ª sessão que tive com o participante, assim como, a transcrição da brincadeira realizada por este. A análise do trabalho nos leva a perceber que a identidade do participante está atravessada pela rotina da doença, seus tratamentos invasivos, o mundo do hospital, assim como os medos e anseios de temas que estão intimamente relacionados à doença, como, por exemplo, a morte. O que nos leva a refletir como as fantasias do participante estão tomadas pela doença. A análise nos leva a refletir sobre a necessidade e importância de um apoio e uma assistência psicológica não apenas ao paciente, mas a todos envolvidos em sua doença e tratamento.

Palavras chaves: Fantasia; Câncer; Criança.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
1.1 A visão kleiniana sobre as fantasias.....	07
1.2 Câncer.....	13
1.2.1 Uma visão holística da doença.....	17
1.2.2 O câncer de G.....	18
1.3 O brincar : desenhar e narrar.....	19
1.4 Objetivo.....	22
2. MÉTODO.....	23
3.1 Pesquisadora.....	23
3.1.2 A casa Hope.....	24
3.2 Sobre o banco de dados e a realização da coleta de dados.....	25
3.2.1 Encontro com a mãe.....	28
3.2.2 A história de G. a partir de sua mãe.....	28
3.2.3 O primeiro encontro com G.....	30
3.2.4 O segundo encontro com G.....	31
3.3 Tratamento dos materiais coletados.....	31
3. ANÁLISE DAS FANTASIAS IDENTIFICADAS.....	33
4.1 Brincando com massinha.....	33
4.1.2 Análise do “brincando com massinha”.....	34

4.2 Primeiro desenho.....	36
4.2.1 História do primeiro desenho.....	37
4.2.2 Análise do primeiro desenho/História.....	37
4.3 Segundo desenho.....	40
4.3.1 História do segundo desenho.....	41
4.3.2 Análise do segundo desenho/ História.....	41
4.4. Terceiro desenho.....	43
4.4.1 História do terceiro desenho.....	44
4.2 Análise do terceiro desenho/ História.....	44
4.5 Outra História criada por G.....	46
4.5.1 Análise da “outra história criada por G.”.....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
5.1 Reflexão.....	54
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57

1. INTRODUÇÃO.

“Esta medalha vai ficar sempre comigo, e quando eu me sentir triste, vou apertá-la bem forte e lembrar que o leão é forte e corajoso e que eu tenho que ser também.”

(G., 2009, participante desta pesquisa)

1.1 A visão kleiniana sobre as fantasias.

*“Então, escrever pode ser um prazer.
Prazer do conceito que reúne em
objeto total e prazer do descoberto.
Descobertas e redescobertas.
Fantasia da idéia nova e
fantasia do retorno ao antigo.
Prazer de encontrar por si mesmo
o que outro já descobriu.”*

(Nicole Berry).

Para compreender a função da fantasia no mundo psíquico concebido por Klein é importante recorrer à suas concepções teóricas do que seja o desenvolvimento emocional infantil.

Melanie Klein (1969a) inovou quando apresentou sua teoria, na qual, o bebê nasce com um ego incipiente. Ela foi capaz de inferir e propor, na primeira década do século XX, que a vida psíquica já se apresenta em grande complexidade a partir da experiência do nascimento.

Esta autora acredita que a primeira experiência do bebê, a do nascimento, seria causadora de uma ansiedade de natureza persecutória gerada pela pulsão de morte. É sob a influência dos impulsos destrutivos, ligados à pulsão de morte e os impulsos libidinais, ligados à pulsão de vida, que a criança estabelece sua primeira relação objetal com o seio materno.

A maneira como a criança irá relacionar-se com o objeto vai depender da interação entre projeção e introjeção e das relações entre objetos e situações internas e externas (KLEIN, 1946).

Um estímulo causador de uma sensação corpórea remeterá a uma experiência mental que será decifrada em um relacionamento com o objeto causador do estímulo. Por exemplo, uma sensação ruim é relacionada mentalmente com um objeto “mau” que pretende danificar o sujeito (HINSHELWOOD, 1992 p.49).

A ansiedade que existe na criança desde o seu nascimento, e que é causada pela operação da pulsão de morte dentro do organismo é vista pelo bebê como algo que o persegue e sentida como resultante do medo da morte (KLEIN, 1946d).

Este sentimento persecutório que assola o mundo interno da criança foi denominado por Klein de posição esquizo-paranoide.

Para esta autora, a criança precisa criar defesas para lidar com estas ansiedades que muitas vezes são causadas por objetos externos, mas que são sentidas, através da introjeção, como perseguidores internos.

Frente a isso, a criança passa a utilizar-se do mecanismo de projeção. Ou seja, em estados de frustração e ansiedade, ela projeta parte de seus impulsos destrutivos para fora e este se prende ao objeto externo, concebido assim como seio frustrador. Porém, restam impulsos destrutivos dentro da criança e a ansiedade de ser destruído permanece, provocando uma ameaça e fazendo com que o ego se perceba ameaçado de despedaçar.

Para a criança, o seio materno fica então dividido em um seio bom (gratificador) e um seio mau (frustrador), o que resulta também numa separação entre o amor e o ódio.

Em estados de gratificação os sentimentos amorosos ligam-se ao seio gratificador.

"(...) Portanto além da separação entre um seio bom e um seio mau na fantasia do bebê, o seio frustrado em fantasias sádico-orais é sentido como fragmentado; e o seio gratificador como inteiro" (KLEIN, 1946 p.25)

Sobre a projeção, Klein acrescenta que os ataques ao seio materno evoluem para ataques ao corpo da mãe como um todo. Através da projeção o bebê ataca a mãe, em fantasias, de duas maneiras: pelos impulsos predominantemente orais; e

pelos impulsos anais e uretais, ou seja, o bebê expulsa excrementos nocivos e parte má de seu ego para dentro da mãe.

“(...) Esses excrementos e essas partes más do self são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do ego (...)” (KLEIN, 1946, p. 27).

Em contrapartida, as partes boas do self também são projetadas. Os excrementos assim tomam forma de presentes, representando as partes boas do self e as partes amorosas do ego.

Portanto, é através do relacionamento com o seio materno e mais tarde com outros objetos que o inconsciente é constituído.

Depois dos três ou quatro meses, segundo Klein (1946), a criança passa a introjetar o objeto como um todo, o que implica em mudanças significativas na relação dela com os objetos. Neste período, a criança entra em uma nova posição que Klein denominou de depressiva.

O bebê começa a perceber que a mãe é uma outra pessoa, que não é uma extensão de si mesmo, e os aspectos amados e odiados dela não são sentidos como totalmente separados. (KLEIN, 1946).

Esta posição é marcada pela culpa. A criança passa acreditar que o ódio e a raiva que ela está tomada possam destruir a mãe. O bebê passa, a partir de então, a assumir um receio de danificar ou prejudicar o objeto amado (WEINNINGER, 1996).

Com o passar do tempo,

“(...) as ansiedades vão perdendo força; os objetos tornam-se ao mesmo tempo menos idealizados e menos aterrorizantes, e o ego torna-se mais unificado. Tudo isso está internalizado com a percepção crescente da realidade e com a adaptação a ela.” (KLEIN, 1946 p.34).

Fica claro o papel importante que a ansiedade, segundo Klein, tem no processo de formação do ego.

Klein (1969b) pensou de maneira diferente à de Freud sobre este assunto. Ela utilizou-se do que Freud considerava ser “ansiedade objetiva” e ansiedade “neurótica”. Segundo Klein, em sua leitura de Freud, o primeiro tipo de ansiedade seria caracterizado pela existência de um perigo a uma pessoa causado por um objeto externo, e o segundo tipo seria uma ameaça a uma pessoa derivada de um instinto.

Klein apresenta sua teoria utilizando os mesmos termos para nomear os dois tipos de ansiedades, e em certa medida conota o mesmo significado para o termo ansiedade “(...) aquele estado em que a capacidade de medo é ativada” (HEIMANM, 1969. p. 354.), porém ela acredita que estes tipos de ansiedades são causadas por situações distintas das apresentadas por Freud. Para esta autora, a ansiedade “objetiva” é derivada da dependência materna que o bebê possui em relação a satisfações de suas necessidades. Já a ansiedade “neurótica” seria oriunda do medo que o bebê possui de ter feito algum mal e destruído sua mãe.

Klein não negligencia a existência do perigo externo, propondo que há uma interação entre o perigo interno e externo que persiste ao longo de nossas vidas.

A mesma autora constata, por meio de sua prática clínica, que muitas pessoas manifestam uma ausência de medo a uma situação de perigo como uma forma de defesa a uma ansiedade excessiva. Ela acredita que uma situação de perigo objetivo, faz com que as pessoas revivam as primeiras ansiedades infantis a ponto de ser necessária a negação daquela situação.

Portanto, Klein explicita que acredita que exista uma necessidade de controlar e enfrentar a ansiedade, o que obriga o ego, desde muito cedo, a desenvolver mecanismos de defesas fundamentais (KLEIN, 1969b).

O instinto de morte é o responsável pelo surgimento dos perigos que suscitam os dois tipos de ansiedades, “objetivo” e “neurótico”. Portanto, o instinto de morte é a fonte primária da ansiedade (KLEIN, 1969b).

“(...) como a luta entre os instintos de vida e de morte persiste ao longo da vida, essa fonte de ansiedade nunca é eliminada e participa como fator perpetuo em todas as situações de ansiedade” (KLEIN, 1969b. p.295.)

Ao longo de toda a vida o instinto de vida se expressará através do amor, das tendências construtivas e do comportamento cooperativo; assim como, o instinto de morte se expressará pelo ódio, pelos impulsos destrutivos e pelas tendências ao negativismo. Ambos os instintos encontram-se misturados (HEIMANM, 1969)

É como representante mental dos mecanismos de defesas (incluído aqueles elaborados para combater a ansiedade) e das pulsões (aqui entendidos como: “(...) fontes de energia de que dependem todos os processos mente– corpo” [HEIMANM, 1969.p.357]) que as fantasia surgem no nosso mundo psíquico.

A fantasia dá vida aos instintos tanto no mundo psíquico quanto no mundo real. É a fonte de tudo o que o homem faz, levando em consideração que elas se modificam quando codificadas em comportamento real externo e em pensamento consciente (REVIERE, 1969a).

Este mesmo autor aponta para a existência de uma fantasia inconsciente por traz de todos os nossos atos e pensamentos.

No bebê, a fantasia existe na forma de sensações e efeitos físicos e aos poucos ela vai adquirindo figurabilidade. Com o desenvolvimento da criança, a fantasia não estará intimamente ligada às sensações corporais, pois há um aumento no número de objetos simbólicos no mundo psíquico. O que não significa que os primeiros objetos psíquicos e as fantasias, que antes estavam ligadas às sensações corporais, não sobrevivam e ocasionalmente são experiênciadas ao longo da vida (ISAACS, 1969; HISHELWOOD, 1992).

Desde o princípio, as fantasias estão vinculadas, mesmo que estreitamente, a uma experiência concreta da realidade objetiva. O que não quer dizer que as fantasias se originem no mundo externo, pois suas fontes, como já explicitado acima, são internas. (ISAACS, 1969).

“A vida de fantasia do indivíduo é, pois, a forma como suas sensações e percepções reais, internas e externas, são interpretadas e representadas para ele próprio em sua mente, sob a influência do princípio de prazer-dor (...)” (RIVIERI, 1969b. p.53)

Hinshelwood, 1992, sublinhou também o uso da fantasia como uma forma de mecanismo de defesa utilizada pelo bebê. Com a projeção, externalização do objeto “mau”, e a introjeção, a internalização do objeto “bom”, a fantasia exerce o papel de manter o “bom” e o “mau” objetos separados. Ela possibilitaria uma transição dos objetos do mundo interno para o externo e vice-versa.

Reviere, (1969b), completa esta ideia caracterizando a necessidade da psique de exteriorizar o desprazer em um foco definido (num objeto) fora de si.

“(...) a descarga de excreções será sentida, na fantasia, como uma transferência da substância excretória e dolorosa para esse objeto”. (p.62)

O que caracterizou a obra de Klein foi à descoberta de que o mundo psíquico funciona nos seus primórdios com fantasias, portanto elas seriam o conteúdo primário de tudo que ocorre no inconsciente e que permeia a mente no momento.

É com esta teoria das fantasias que tem seu preceitos na teoria kleiniana, que esta pesquisa irá se basear, acreditando que *“(...) para um ser humano toda realidade é fantasiada”* (BERRY, 1991)

1.2 Câncer.

A palavra câncer tem origem no latim, cujo significado é caranguejo. Uma das possíveis explicações para a utilização desta palavra, na designação de uma doença, é que ela se ramifica pelas células como se fossem tentáculos de um caranguejo.

Câncer é o nome dado para mais de 100 doenças diferentes que têm como característica o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. (INCA, 2008).

O câncer quando descoberto precocemente tem muita chance de ser curado porém, quando ocorre na infância dificilmente é descoberto no começo, por não apresentar, na maioria das vezes, sintomas que levem a criança a queixar-se, ou por apresentar sintomas que se confundem com os de uma doença simples, como o resfriado, por exemplo. Ele representa a terceira causa de morte na infância em países desenvolvidos e em grandes centros no Brasil. O câncer infantil corresponde a 2% dos casos de câncer. Geralmente, a criança responde melhor ao tratamento do que os adultos, o que não faz com que ele deixe de estar em segundo lugar das causas de morte na infância (BIGIO, 2001).

Pesquisas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) indicam que o câncer constitui, no Brasil, a segunda causa de mortalidade entre crianças e adolescentes abaixo de 15 anos de idade, somente atrás dos acidentes. Apesar de ser uma doença rara o câncer infantil apresenta a incidência de 135 novos casos para cada 1.000.000 de crianças (Ministério da saúde, 2004).

Andrea (2008) destaca que a proporção de adultos com câncer é dez vezes maior do que a de crianças.

Pedrosa e cols. (2006) e Perina, Mastelaro e Nucci (2008) relatam que, antes da década de 1960, o câncer era considerado um tabu, uma doença incurável. A partir dos avanços da medicina, com um diagnóstico cada vez mais preciso, terapias

mais efetivas, uso de antibióticos e quimioterápicos mais agressivos o câncer deixou de ser um tabu e sua cura passou a ser uma possibilidade cada vez mais próxima.

Seu tratamento significa, para a criança, o afastamento das atividades de vida diária, daquilo que lhe é familiar para entrar em um universo estranho e angustiante.

As formas de câncer infantis mais frequentes são: as leucemias, os linfomas, os tumores do sistema nervoso central, o neuroblastoma, o tumor de Wilms e os tumores ósseos.

O tratamento do câncer pode se dar, principalmente, por meio de três maneiras: quimioterapia, cirurgia e radioterapia. O uso, de cada um destes métodos, dependerá da especificidade do caso. Todos esses três procedimentos são invasivos, trazendo desconforto, dor e muitos efeitos colaterais imediatos e tardios.

Valle (1997) salienta que, apesar dos efeitos deletérios, a quimioterapia é hoje um dos métodos mais eficazes de combater o câncer. Quanto à vivência das crianças em relação ao tratamento, ela aponta que é impregnada pela dor e sofrimento, mas que elas também percebem o poder de cura do tratamento.

*“O tratamento que provoca dor, sofrimento, impedimento de sair ou brincar é o mesmo que poderá curá-las, envolvido em sentimentos esperançosos.”
(MARQUES, 2004)*

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional especializada, como afirmam Valle e Ramalho (2008).

O tipo de câncer, a sua classificação, e principalmente o estágio em que se encontra é o que determinará o prognóstico da doença (CARDOSO, 2007).

Durante o processo de adoecimento, as mudanças na vida da criança são muitas (AGUIAR, 2005a): ela é transferida do convívio social habitual (sendo afastada da escola, dos amigos e da família) para uma nova realidade que engloba

todos os procedimentos do tratamento, da hospitalização, dos medicamentos e seus efeitos (MARQUES, 2004).

Além dessas mudanças, a criança estudada nesta pesquisa, veio de Brasília para a cidade de São Paulo sendo afastada da família que ficou em sua cidade natal, obrigada a abandonar sua casa, a adaptar-se a uma nova cidade para dedicar-se exclusivamente ao tratamento; já que a cidade natal dela não oferece os cuidados de que necessita.

A criança sente, observa e sofre com as mudanças visíveis que estão ocorrendo e as diversas situações a que é obrigada a adaptar-se. Isso ocorre ao observar o sofrimento dos seus pais diante do que está acontecendo (VALLE, 1997; BLUEBOND-LANGNER, 1978). Ela busca uma causa para o adoecimento, ligando a doença a fatos que aconteceram em sua vida, o que pode acarretar um sentimento de culpa (AGUIAR, 2005b). Ou seja, uma fantasia de culpa é sustentada pela crença, formulada pela criança de que ela é a causadora da doença e que, portanto é responsável pelo sofrimento de seus pais e pelas diversas perdas que sofreu.

Podemos relacionar este sentimento com o que Klein denominou posição depressiva, no qual,

“(...) o sujeito lamenta o sofrimento dele com um intenso remorso que é sentido como culpa e responsabilidade. A culpa, tal como se desenvolve na posição depressiva, evolui dos precedentes senso de perseguição e temor da morte.” (HINSHELWOOD, 1992.p.283.)

O câncer é uma doença que traz consigo a ideia de morte iminente, durante todo o percurso do adoecimento, tenha este um desfecho favorável ou não, a criança passa a conviver com fantasias, derivadas da pulsão de morte, que podem ser expressadas por comportamentos de raiva e descargas destrutivas.

O adoecer é vivenciado pela criança como algo desagregador e ameaçador, podendo ser revividas as primeiras experiências de vida da criança. (LEPRI, 2008, MELO e VALLE, 2001).

Melo e Valle (2001) nos atentam para um fenômeno que acontece durante o período do adoecimento, no qual a criança deixa de ser criança e passa a ser uma doença, o que afeta e desestrutura a subjetividade da criança.

Segundo Sperb e Goulart (2003) o adoecimento pode provocar mudanças na maneira como o indivíduo se vê e também em como ele irá pensar seu presente, futuro e até mesmo o passado.

O câncer é um perigo objetivo, portanto faz com que a criança reviva as suas primeiras ansiedades infantis e conseqüentemente, utilizem mecanismos de defesas, como a negação, para combatê-las.

Apesar do foco desta pesquisa não ser a relação dos familiares com a criança com câncer, acho importante atentarmos para o impacto emocional que a família sofre no momento em que o diagnóstico é dado (SANTOS 2002). A partir deste momento, a família sofre grandes transformações em suas constituições e na maneira como passará a viver. Este momento, segundo Valle (1997), pode desencadear conflitos familiares que procuram uma explicação para doença.

As famílias que estão vinculadas a esta pesquisa são provenientes de um nível sócio econômico baixo. Para Santos (2002) isso deve ser levado em consideração e desencadeia sentimentos como desesperança e revolta, já que na maioria das vezes estas famílias sofrem da falta de informação e da dificuldade de identificação da doença, após terem buscado ajuda em vários serviços de saúde sem receber o devido atendimento.

Com freqüência, pais e médicos evitam falar sobre a doença com a criança, achando que assim, estarão defendendo-a do sofrimento, dando espaço ao conflito entre a realidade contada pelos adultos e aquela percebida pela criança. (BIGIO,

2001; AGUIAR, 2005b; MELO e VALLE, 2001). Desse modo, eles dão margem para o surgimento de fantasias que buscam explicações para o que está acontecendo.

1.2.1 Uma visão holística da doença.

O termo psicossomática traz consigo a ideia da impossibilidade de separar os aspectos psicológicos dos biológicos, sendo estes dependentes um do outro no que diz respeito ao desenvolvimento de uma doença. Esta ideia desenvolveu-se como uma oposição ao pensamento que separava a mente do corpo e que acreditava não existir relação entre estes dois.

Para a psicossomática é imprescindível pensar na influência que o fator psicológico tem sobre qualquer doença (MELO FILHO, 1994)

Melo Filho (1994), defende que independente de qual seja a origem da doença ela sempre se transforma em psicossomática devido às várias mudanças que ocorrem e conseqüentemente afetam o psicológico do doente.

Hoje em dia, não se associa mais as doenças psicossomáticas somente a um grupo específico de doença. (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006). Todas as doenças são psicossomáticas, pois acontecem em um corpo provido de soma e psique que são inseparáveis (MELO FILHO, 1994).

Dentro desta perspectiva, existe uma concepção de doença que vai além dos fatores psicológicos e biológicos, denominada visão holística sobre a doença.

Segundo Castro, Andrade, Muller o surgimento desta nova visão deu-se a partir do conceito de homeostase, que defende a mudança do organismo em sua totalidade depois de qualquer estímulo. Acrescentando a psicossomática à visão, não só dos fatores psicológicos, mas também dos fatores psicossociais.

Para estas mesmas autoras, a doença passa a ser vista como uma junção de fatores que se originaram no corpo, na mente na interação mente-corpo e ainda na interação com o ambiente e o meio social.

Nesta pesquisa propomos olhar o câncer sobre a óptica holística, portanto devemos levar em consideração a pessoa portadora do câncer, seu corpo, sua história e o ambiente em que está inserido. Este olhar interfere na maneira como se enxerga o portador da doença, assim como, na maneira como iremos cuidá-lo.

Em outubro de 2009, participei do 1º Simpósio de Humanização em Oncologia do ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo). Este foi o primeiro contato que tive com o tema, e considero que a teoria de humanização dentro dos hospitais vai de encontro a esta visão holística da doença, principalmente em relação ao cuidar dos pacientes.

O ideal de humanização defende um olhar mais individualizado para os pacientes e uma valorização deste. O foco não é mais apenas para a parte que está doente, esquecendo-se do conjunto restante, mas sim, para o sujeito em sua complexidade, para além de sua patologia.

Portanto, os atendimentos nos hospitais devem ir segundo este ideal, para além dos gestos mecânicos e que sua particularidade está na escuta, em ouvir o paciente.

Acredito que tanto a visão holística da doença, quanto à humanização no cuidado à criança com câncer sejam imprescindíveis, para que assim, ainda que assolada pelo câncer ela se sinta protagonista de sua história.

1.2.2 O câncer de G.

O tumor que G. possui é denominado de linfoma, ou seja, está situado no sistema linfático.

O sistema linfático atua como defesa natural contra infecções.

Os gânglios linfáticos estão situados no pescoço, axilas, cavidade abdominal e torácica. As células que são produzidas nestes gânglios, e que circulam pelo corpo, atuam contra infecções e são denominadas de linfócitos.

Por motivos ainda desconhecidos, em algum momento, nas pessoas que desenvolvem este tipo de câncer, os linfócitos começam a multiplicar-se e crescer de forma desordenada, acarretando um excesso de produção deste tecido, dando origem ao tumor (ABCANCER, 2009).

Sabe-se que

“Pessoas com deficiência de imunidade, em consequência de doenças genéticas hereditárias, uso de drogas imunossupressoras e infecção pelo HIV, têm maior risco de desenvolver linfomas.” (INCA 2008).

No caso de G., trata-se de um paciente transplantado de fígado, que fez uso de medicação imunossupressora, rotineiramente utilizada após a realização deste procedimento, que tem a função de evitar a rejeição do órgão transplantado, mas que pode aumentar a probabilidade do surgimento de doenças oportunistas, como o linfoma.

Existem mais de um tipo de câncer que se desenvolve no sistema linfático, mas esta especificidade não é relevante para esta pesquisa.

1.3 O brincar: desenhar e narrar.

A brincadeira ganhou enfoque e importância na teoria kleiniana. Ela começou a perceber que o brincar atrelado às interpretações que eram feitas sobre este, produzia alívio, proporcionando que a análise infantil progredisse.

Foi na sua experiência com um menino de cinco anos, que Klein denominou Fritz, que ela utilizou os brinquedos como técnica de análise. A partir deste caso, ela pôde perceber que desde o início, Fritz expressou suas fantasias e ansiedades principalmente por meio do brincar. (KLEIN, 1955[1953]).

Klein comparou a utilização deste método como correspondente a um dos princípios fundamentais da psicanálise, o da associação livre. Para ela o brincar é um meio da criança expressar o que o adulto comunica predominantemente através das palavras.

O brincar é a maneira com que a criança encontra de lidar e falar sobre seu mundo interno. Para esta autora, quando interpretamos uma brincadeira, estamos tentando compreender os conteúdos das fantasias inconscientes que são expressados na relação transferencial.

Klein, 1955[1953], acredita que encontramos nas brincadeiras infantis “a repetição de experiências e detalhes reais da vida cotidiana, frequentemente entrelaçadas com suas fantasias” (p157.)

Neste mesmo capítulo Klein salienta que,

“(...) uma pré-condição para a psicanálise de uma criança é compreender e interpretar as fantasias, sentimentos, ansiedades expressos através do brincar ou, se as atividades de brincar estão inibidas, as causas da inibição.” (p. 152.)

Depois de Klein, muitos autores se dedicaram ao estudo das brincadeiras infantis, assim como suas interpretações, o que não foi diferente no âmbito das brincadeiras de crianças hospitalizadas.

Para Oaklander (1980), a experiência de desenhar é uma maneira de a criança compartilhar a sua forma de ser. Seguindo este mesmo raciocínio, Fávero e Salim (1995) acreditam que a o desenho é um veículo da exteriorização de fenômenos psicológicos internalizados.

Di Leo propõe que o desenho infantil fala mais sobre o desenhista do que sobre o conteúdo em si que foi desenhado por ele.

De maneira inconsciente a criança se retrata na produção gráfica, depositando desde seus maiores temores até seus maiores sonhos em uma folha de papel.

Para Hammer, a pessoa não desenha o que vê, mas o que sente sobre aquilo que esta retratando, portanto encontramos muitas vezes desenhos sem forma alguma feito por crianças, ou seja, são puramente expressivos (HAMMER, 1991). Para este autor há sempre uma intenção inconsciente por de trás do grafismo de uma pessoa e acredita que “seus aspectos subjetivos dão cor e definem sua intenção objetiva.” (HAMMER,1991 p. 20).

Ao executar um desenho a criança expressa seus aspectos adaptativos, expressivos e projetivos (VAN KOLCK, 1981).

Os aspectos adaptativos estão relacionados à reação da criança frente ao que é proposto, ou seja, a maneira como ela se adapta a novas circunstâncias a que lhe é pedida. É uma maneira de verificar se o que a criança desenhcou corresponde à idade que ela se encontra, assim como ao universo cultural e social em que ela está inserida.

“O processo adaptativo é aquele que é determinado pelo material oferecido ao individuo e pela tarefa que se lhe propõe.” (VAN KOLCK, 1981 p. 4).

O processo expressivo é o comportamento que remete a um estilo particular de quem desenhcou (VAN KOLCK, 1981) e se expressam através do tamanho do desenho, a posição do desenho na folha, a pressão do lápis, a simetria, o que foi apagado pelo sujeito, a perspectiva e etc. (HAMMER, 1991)

E por fim o processo projetivo. O comportamento projetivo é o que faz transparecer o mundo psíquico inconsciente por meio da atribuição que a pessoa faz de suas *“(...) necessidades e qualidades a situação e objetos exteriores ou a outras pessoas, sem que disso tenha consciência.” (VAN KOLCK, 1981 p. 4).*

Hammer (1991) aponta que além dos aspectos físicos da imagem corporal, ou seja, a imagem que aquela pessoa possui dela mesma, os aspectos psicológicos também são projetados.

É importante ressaltar que os processos expressivos e projetivos estão intimamente ligados e que, portanto, ambos dizem muito a respeito do autor do desenho.

São vários os estudos com crianças hospitalizadas que utilizam da narrativa para obterem uma maior compreensão do fenômeno que estudam. Teixeira e Sperb (2003) enxergam na narrativa uma maneira para melhor compreender o que está se passando com as crianças que estão hospitalizadas.

Estas autoras consideram que as narrativas infantis podem ser estudadas além das construções verbais e escritas, como por exemplo, por meio das brincadeiras simbólicas. Aquilo que a crianças não consegue expressar por meio de palavras pode surgir nas suas brincadeiras simbólicas.

Portanto, estas duas autoras acreditam que a narrativa seja uma maneira para tentarmos compreender como a doença interfere na criança hospitalizada.

Bruner (1997) afirma que as pessoas conseguem dar sentido a suas vidas e ao mundo por meio da narrativa, pois o narrador organiza suas experiências pela lógica da história, com personagens, ações e cenários. Para ele, não importa se a narrativa é real ou imaginária, pois esta é usada como uma metáfora da realidade. Portanto, a narrativa não é um retrato da realidade, mas uma nova leitura desta, que se torna possível em um determinado contexto.

1.4 Objetivo.

Dentro da perspectiva teórica e do contexto descritos acima, o objetivo do trabalho é identificar no mundo psíquico as fantasias de uma criança com câncer, para que assim se possa melhor avaliar as repercussões psíquicas desse adoecer na identidade desta criança.

3. MÉTODO.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O material utilizado nesse estudo é proveniente de uma pesquisa de iniciação científica: *O luto desencadeado pelas mudanças advindas do câncer, pela vivência da criança* que está sendo realizada por mim, orientada pela Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco e que conta com o apoio financeiro da FAPESP (Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de São Paulo).

3.1 Pesquisadora.

*“Eu sou tal como eu sou, enraizada em
minhas identificações, repleta de
teorizações que constituem meu eu de
analista (...)”
(Nicole Berry)*

Considero importante uma breve apresentação de quem está realizando a pesquisa, pois acredito que o vínculo constituído entre participantes e pesquisadora se reflete e influencia tanto na vivência dos encontros quanto na análise dos dados obtidos.

Procurei minha orientadora de Iniciação científica, Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, pelo despertar de um interesse em estudar a população e o tema que permeavam os trabalhos dela: “o luto” e a “oncologia”.

O projeto desta pesquisa teve início no segundo semestre de 2008, mas os nossos encontros, entre orientadora e orientanda, aconteceram desde o início de 2008. No segundo semestre de 2009, eu recebi o apoio da FAPESP, Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de São Paulo, para realizar a minha iniciação científica.

Em nosso primeiro encontro, entre orientadora e orientanda, ela me deixou livre para optar, dentro dos temas por ela estudados, um projeto de pesquisa.

A escolha não demorou muito para ser feita, eu sabia que o meu público alvo de interesse era: “crianças com câncer”. A partir daí meus interesses na faculdade foram guiados pela pesquisa e estudo sobre o mundo infantil.

A iniciação científica foi meu primeiro trabalho de campo, portanto, os encontros que tive com as mães e com as crianças foram as minhas primeiras experiências de aplicação prática no âmbito da psicologia. Esta prática foi influenciada pela minha ansiedade de estreante, mas principalmente norteadas pelo meu interesse, meu respeito e minha admiração pela psicologia e pelo desejo de fazer acontecer nesta profissão, que escolhi como minha área de exercício profissional.

O tema desta pesquisa surgiu como uma continuidade a minha Iniciação Científica, pois é um tema que além de me envolver, me desperta interrogações que vão além do que eu me propus a estudar na primeira pesquisa.

3.1.2 A casa HOPE.

A casa HOPE foi escolhida, por mim e por minha orientadora de Iniciação Científica, como a instituição onde seriam coletados os dados da pesquisa. A minha orientadora conhecia o trabalho que era realizado pela casa, assim como a Coordenadora de Psicologia da casa HOPE.

Fui a casa HOPE, pela primeira vez na vida, para apresentar o meu projeto para a responsável técnica pela área da Psicologia da casa.

Cheguei a “casa”, situada na época no bairro Vila Mariana, e logo que entrei na instituição senti como se estivesse entrando em uma casa comum não só o espaço físico me causava esta sensação, mas o que via também. Lembro-me que eu estava ansiosa com o que eu iria encontrar e ver naquela instituição, com a qual

eu não possuía nenhuma familiaridade. Fantasias passavam pela minha cabeça de que eu deveria ter me preparado mais para ver “crianças com câncer”.

Quando entrei na casa, o primeiro cômodo que passei foi à sala de televisão, na qual, haviam algumas crianças assistindo e torcendo por um jogo de futebol da seleção brasileira, elas sorriam... E aqueles sorrisos me receberam, desarmando-me de todas as pré-concepções que eu havia imaginado daquele lugar.

Na conversa que tive com a psicóloga da casa, ela me informou que a casa HOPE é uma instituição que atende crianças e adolescentes carentes de todo Brasil com renda familiar de até três salários mínimos que sejam portadores de câncer e/ou transplantados de medula óssea, fígados e rins para que tenham, junto com um acompanhante, um lugar onde morar durante o tratamento.

Todos os moradores da casa HOPE são encaminhados pelas Assistentes sociais dos hospitais, nos quais serão realizados os tratamentos na cidade de São Paulo.

Por atender crianças e adolescentes, a casa HOPE proporciona um ensino escolar realizado dentro da própria instituição para todos os pacientes que lá moram.

Durante toda a conversa a responsável técnica pela área da Psicologia enfatizou que concordava com a realização da pesquisa na Casa HOPE por considerar sua importância e em razão das muitas pesquisas ali realizadas por alunos da PUC-SP.

3.2 Sobre o banco de dados e a realização da coleta de dados.

A partir deste encontro estabeleci uma relação mais direta com outra psicóloga da casa, que me ajudou e me apoiou prontamente durante e depois das coletas de dados. Junto a ela eu decidi quais seriam os participantes da pesquisas, através do critério do diagnóstico e da idade das crianças, compreendida entre quatro e oito anos.

Eu percebi que não seria fácil encontrar as cinco crianças que iriam fazer parte da minha pesquisa. Havia um baixo número de crianças com esta faixa etária, assim como com a patologia que nos propusemos a estudar, e uma alta rotatividade das crianças que estavam na casa.

Havia duas crianças na casa que poderiam fazer parte da minha pesquisa. A psicóloga me contou um pouco sobre a história da doença de cada uma delas, assim como conversou com cada responsável familiar sobre a pesquisa antes do meu primeiro contato.

Para a atual pesquisa de TCC a decisão de qual caso seria estudado foi especificamente tomada por mim e pela minha orientadora, sem critério preestabelecido. Examinamos livremente as produções das crianças e uma delas nos instigou para investigar os aspectos que seriam estudados.

As coletas de dados foram realizadas por mim em novembro de 2008. E foi composta por: 1) uma entrevista com a mãe; 2) um primeiro encontro lúdico com a criança; 3) um segundo encontro também com a criança, no qual foram realizados os desenhos e as narrativas.

A psicóloga da casa me mostrou a sala em que eu iria realizar a pesquisa. A sala ficava ao lado da sala dela, na casa dos adolescentes, e para que eu utilizasse o espaço eu deveria pegar a chave na entrada da casa sempre que eu chegasse e deveria devolver na hora que eu terminasse. Esse procedimento de “pegar a chave” concretizou o pertencimento daquele espaço como meu naquele momento, me sentindo responsável e pertencente à dinâmica e ao espaço da casa HOPE, o que contribui para que eu me adaptasse melhor ao espaço físico onde eu iria coletar meus dados.

A sala disponibilizada era pequena, bem ventilada e tranqüila, possuía uma mesa, duas cadeiras, uma maca que era coberta por uma capa de “urso” e um telefone, que eu deveria utilizar para telefonar para Casa das Crianças pedindo que os responsáveis e as crianças que iriam fazer parte da minha pesquisa fossem até lá, ou no caso de alguma eventualidade para ligar para a psicóloga.

No primeiro dia de coleta de dados foram realizadas uma entrevista com a responsável pela criança, no caso a mãe, e uma sessão lúdica com a criança, separadamente.

No segundo dia de coleta foi realizada uma sessão com a criança, na qual eu pedi para que ela fizesse três desenhos e após isto me contasse uma ou mais histórias sobre os desenhos.

Os áudios, deste segundo encontro com a criança, foram gravados e transcritos na íntegra. Durante toda sessão o gravador ficou em cima da mesa, e no início da sessão eu expliquei e mostrei como funcionava o gravador.

A escolha do material que seria utilizado por mim na coleta de dados foi calcada na minha familiaridade com o uso da técnica. Na época que optei por utilizar o desenho como método de investigação eu cursava o 6º período da faculdade de psicologia da PUC - SP, na qual “PMIP VI – Análise da Expressão Gráfica” fazia parte das matérias obrigatórias e fez com que eu me interessasse e me familiarizasse com este tipo de instrumento.

Para a realização da coleta de dados, eu entrei com um pedido no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, para obter licença para a realização da pesquisa.

Uma vez que o pedido foi aceito pelo referido comitê de ética (anexo 1), o comprometimento ético, para a realização de todas as sessões, foi estabelecido através de um termo de consentimento livre esclarecido (anexo 2), assinado pelas mães das crianças participantes. Nesta pesquisa foram seguidas, por mim, todas as normas estipuladas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre “Pesquisas envolvendo Seres Humanos”. As mães dos participantes foram informadas quanto à utilização de gravador durante a sessão de coleta de dados, assim como cuidados éticos, garantindo o sigilo da identidade, direito de não participar em qualquer etapa, podendo desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, bem como o respeito a valores culturais, sociais, morais, religiosos.

3.2.1 Encontro com a mãe.

O primeiro encontro que realizei individualmente com a mãe da criança participante tinha como objetivo esclarecer a pesquisa, estabelecer o comprometimento ético e escutar um pouco da história do filho a partir da concepção dela.

Cheguei a casa HOPE, no dia desta coleta, peguei a chave da “minha” sala, arrumei-a de maneira que eu achei mais adequado e telefonei para Casa das Crianças pedindo para que chamassem a mãe de G. para me encontrar na sala que era “minha”. Minha convocação de G. e sua mãe já era esperada, pois como já explicitiei a psicóloga da casa já havia informado. Enquanto eu aguardava a chegada da mãe, eu tentava conter a minha ansiedade e o meu medo de cometer algum erro.

Apresentei-me e expliquei quem eu era e os objetivos da minha pesquisa, assim como os procedimentos que seriam realizados. Apresentei o termo de consentimento livre esclarecido e ela concordou com a participação do seu filho na pesquisa. Após a assinatura do termo, solicitei que a mãe contasse sobre a história de vida de seu filho. Ouvi atentamente, apenas interrompendo quando não entendia algum fato narrado.

3.2.2 A história de G. a partir de sua mãe.

Notei que a mãe de G. aparentava estar ansiosa, fazendo com que eu contivesse meu nervosismo, pois precisava passar mais segurança para aquela mãe.

Quando convidada a sentar ela disse que não, pois a cadeira não agüentaria com o peso dela, o que fez com que ela permanecesse em pé durante todo o encontro.

Ela se apresentou solícita e disponível quanto à participação de seu filho na pesquisa.

Quando pedi que ela contasse sobre a vida de G., ela disse que ele nasceu em Brasília, onde moravam até ir para casa Hope. Em Brasília, G. morava com ela, em uma casa ao lado de sua avó materna que ajudava em seus cuidados.

A mãe contou que G. é filho único e que foi fruto de um namoro que ela teve. Acrescentou que G. não foi registrado quando nasceu, o que só aconteceu quando ele já tinha quatro anos. Além disso, ela assinalou que mantém pouco contato com o pai dele.

Sobre a doença de G. sua mãe contou que quando ele tinha 2 meses de idade descobriram que ele tinha atresia das vias biliares, sendo submetido a uma cirurgia, aos 3 meses de vida. Não se obteve bom resultado com essa cirurgia, tornando-se necessário realizar um transplante de fígado em 2004, quando G. ainda não havia completado um ano de idade.

A mãe acredita que o linfoma de G. se desenvolveu devido ao remédio que ele tomou após o transplante, que tinha como objetivo a não rejeição do órgão transplantado.

A mãe conta que eles chegaram a casa HOPE pela primeira vez em 2004 para que o transplante de fígado fosse realizado. Quando o tratamento terminou, eles voltaram para Brasília onde G. começou a frequentar a escola. Em junho de 2006, eles retornaram a casa HOPE devido à descoberta do linfoma e realização da quimioterapia.

Em setembro de 2008, 06 meses depois de voltar para Brasília, quando G. tinha 5 anos, eles retornaram a casa HOPE, de acordo com a mãe, pelo fato dos médicos suspeitarem do linfoma ter regressado.

A mãe relatou que quando o câncer do filho foi descoberto ela teve depressão e bulimia, tendo engordado 60 kg.

A mãe prossegue contando que o comportamento de G. mudou muito depois do adoecimento, principalmente no último retorno a São Paulo e a casa Hope,

apresentando, segundo a mãe, comportamentos agressivos, reclamações frequentes a respeito de tudo e retrocedendo em relação à maturidade, voltando a chupar chupeta e comportando-se como um bebê.

3.2.3 O primeiro encontro com G.

O colaborador desta pesquisa foi o primeiro que encontrei. Isto é muito importante contratransferencialmente devido ao meu nervosismo, que em parte já havia sido controlado, e minha empolgação em conhecer quem seria aquela criança tão sofrida. O encontro foi feito individualmente e realizado no mesmo dia do encontro que eu tive com a mãe dele.

Pedi para que a mãe pegasse G. na Casa das Crianças. Ela o trouxe para encontra-se comigo. Combinamos que eu ligaria para ela quando terminássemos.

Neste encontro, eu havia levado massinhas de modelar, para que ele pudesse brincar. O objetivo era esclarecer o que seria feito com ele e principalmente se ele queria participar da pesquisa. A massinha de modelar tinha como objetivo descontrair o ambiente e ser facilitadora de uma construção de um vínculo entre mim e ele.

Durante este encontro eu e G. ficamos brincando. G. fazia algumas formas com a massinha e eu tinha que adivinhar o que era.

Quando questioneei, ao final do encontro, se ele iria querer fazer parte da pesquisa, este respondeu “sim... não... sim” sic. Eu disse que ele não precisava decidir naquela hora, que ele poderia pensar e quando eu voltasse para casa Hope, eu o chamaria para ouvir o que ele havia decidido.

Neste encontro apareceram dados relevantes que irão ser levados em conta no momento da análise de dados. O relatório do encontro na íntegra está anexo.

3.2.4 O segundo encontro.

O segundo encontro com G. ocorreu na semana seguinte. Apesar de saber que a sessão mais importante seria aquela, esta foi marcada, por menos ansiedade e menos medo de errar da minha parte. A sessão teve duração de 40 minutos.

Liguei para a Casa das Crianças e pedi para que G. fosse me encontrar. A mãe levou-o até a sala e combinamos que eu ligaria para ela ir buscá-lo. Eu e G. entramos na sala e perguntei se ele lembrava quem eu era. Ele disse que sim. Perguntei se ele queria ficar ali comigo, ele disse que sim.

Dividi o encontro em duas partes, à primeira foi dedicada à instrução e execução de três desenhos consecutivos por G. Nesta etapa, foi apresentado para ele folha branca, lápis de cor, giz de cera, lápis e borracha. Já a segunda etapa tinha o intuito de que G. contasse histórias sobre os desenhos que havia feito.

A parte lúdica que ocorreu no final desta sessão, não fazia parte do que tinha pensado para realizar a coleta, mas também será considerada nesta pesquisa, portanto, fará parte da análise, já que consideramos relevante e importante a produção total de G.

3.3 Tratamento dos materiais coletados.

As análises interpretativas foram norteadas pelo objetivo e enfoque teórico proposto por esta pesquisa. Elas ocorreram principalmente em duas etapas:

1º etapa: A forma como os desenhos e as histórias foram tratadas foi definida após grande contato com este material.

Li por diversas vezes o meu relato, escrito, do que havia acontecido no primeiro encontro com G., assim como, a transcrição do que foi gravado no segundo encontro. Também, observei por diversas vezes os desenhos produzidos por G.

2° etapa: Junto com a orientadora deste trabalho, foram realizadas as interpretações dos desenhos atrelados à história correspondente ao desenho, um de cada vez, seguindo a ordem das sequências de produção dos desenhos de G.

3° etapa: Também foi realizada junto à orientadora deste trabalho a análise interpretativa da 1° sessão que tive com G., “brincando de massinha”; assim como, a transcrição do “brincando de polícia e ladrão” que foi realizada no término da aplicação dos desenhos e das histórias, no segundo encontro que tive com G.

4. Análise das fantasias identificadas.

De um modo geral os desenhos de crianças de cinco anos de idade, são bem figurativos e estruturados, porém as produções de G. estão de acordo com produções de crianças mais novas, se assemelhando mais a rabiscos e garatujas que só adquirem sentidos pelas histórias que ele conta. Assim é perceptível que a capacidade imaginativa dele está muito reduzida.

4.1 Brincado com a massinha.

Fiquei aliviada por G. ter utilizado o material que disponibilizei a ele, aceitando brincar de massinha, possibilitando assim a minha aproximação e o início do vínculo que construímos.

Irei contar sucintamente às figuras que G. produziu com a massinha. Ele logo me integrou em sua brincadeira, eu passei a assumir um papel importante escolhido por ele, o de adivinhadora das figuras que ele produzia.

O primeiro objeto que escolheu para fazer foi uma arma, que ele utilizou para atirar em mim. A arma apontada para mim e os barulhos de tiro que G. fazia com a boca, me fizeram de imediato refletir que aquela situação, a qual eu estava colocando-o, não era desejada por ele e um sentimento de “estar ameaçada” tomou conta do meu ser.

Em nome de minha defesa eu resolvi começar um diálogo, perguntando o óbvio, se era uma arma, ele não respondeu e continuou atirando. Depois de um tempo, já me sentindo rejeitada por aquela criança, perguntei se ele estava com raiva, ele respondeu que estava com muita raiva, “raiva de verdade” sic. Depois disso ele amassou a massinha e começou a modelar.

Colocou a massinha nos olhos. Eu perguntei se era uma lágrima, ele disse que era, e fingiu que estava chorando. Disse que não gostava de mim, o que reforçou o sentimento de rejeição que eu estava sentindo. Ele afirmou que gostava

da psicóloga da casa HOPE- ele ameaçou gritar para a psicóloga da casa- eu disse que ele poderia gritar, ele não gritou. Percebi que as lágrimas dele poderiam ser um pedido de ajuda para mim e que ele havia optado por não chamar a psicóloga da casa HOPE e continuar comigo. Então, como numa tentativa de consolá-lo, eu falei que eu gostava dele. Ele disse então que isso não iria mais acontecer porque ele era um menino mau.

Depois disso, ele continuou a manusear a massinha, fazendo um círculo e colocando no dedo. Eu perguntei se era um anel, ele disse que não, dizendo que era uma aliança. Como num reflexo fiz uma associação, pobre e errada, perguntando se ele havia casado, ele disse que sim e destruiu a “aliança” dizendo que não gostava de casar.

4.1.2 Análise do “brincando com massinha”.

Relembrando o episódio, do “brincando com massinha”, mas com um olhar de espectadora da cena, é visível que a escolha da arma como primeiro objeto mostra o nível de destrutividade que ele possui, assim como uma exaustão frente a novos relacionamentos, não que ele não queria, pois ele aceitou brincar comigo, mas ele estava cansado.

Remeto-me a cena novamente, agora com uma visão mais clássica, para refletir sobre os tiros que me atingiram. Ao atirar ele projetou em mim os aspectos perigosos que contém dentro dele; isto pode ser associado aos cuidados médicos que ele sofre, e principalmente a questões de morte que o assola. De certa forma, se formos pensar em transferência, ele procurou fazer com que eu sentisse o mesmo que ele sente: ameaçado.

O que podemos inferir deste primeiro objeto, portanto, altamente significativo, é o quanto G. se sente ameaçado na casa HOPE e pelo câncer.

A massa de modelar é altamente plástica, mas o fato dele fazer uma arma mostra o quanto indefeso ele se mostra na casa HOPE, não só porque é criança, mas porque é uma criança com câncer.

Passando para o segundo objeto feito por ele, e seguindo o raciocínio que ele fez, podemos dizer que depois que ele me mata, se libertando e, portanto, uma parte das coisas é expelida, ele procura me fazer entender que dentro dele só tem lágrimas, que ele possui uma vida sofrida, e que precisa de ajuda.

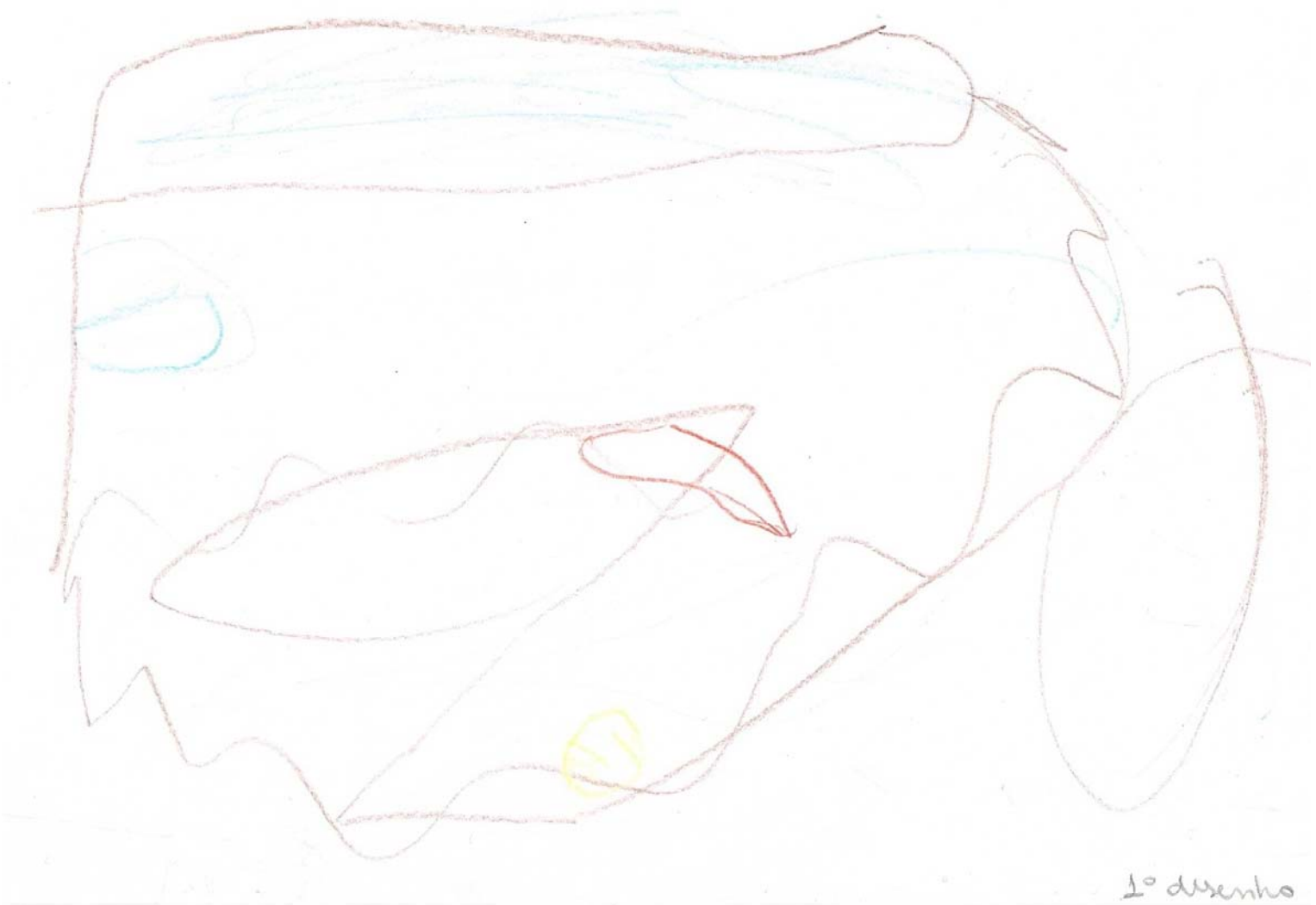
G. deixa transparecer o sentimento de culpa que o assola, quando diz que eu não irei mais gostar dele, pois ele é uma pessoa muito má, deixando explícito que se sente culpado por sua doença, pelo sofrimento de sua mãe, pela destruição de sua família e até pela sua própria doença.

Dando continuidade a brincadeira, G. faz uma aliança. Na época em que realizei esta coleta de dados, eu era inexperiente, e considero que fiz a pergunta errada, pois interpretei a aliança como algo no presente o que não é, fazendo com que G. se iludisse, cortando assim a relação, pois após falar da aliança ele pede para ir embora.

Tomando no plano simbólico, a aliança significa que ele estava pronto para estabelecer uma aliança comigo e que, portanto, ainda existem dentro dele aspectos benévolos e esperançosos.

4. 2 Primeiro desenho:

Este desenho abaixo foi digitalizado e a cópia do desenho feito por G. pode ser vista nos anexos (1° desenho do anexo).



4.2.1. História do primeiro desenho.

A transcrição da história na íntegra está anexa, aqui irei relatar sucintamente a história relatada por G em relação ao primeiro desenho.

Ele diz que havia desenhado uma arma que derrubou a casa. Havia começado a chover muito e a chuva derrubou uma árvore que, por sua vez, derrubou a casa.

O dono da árvore mandou a chuva parar e ela parou. A arma continuou atirando no dono da árvore. O dono da árvore pegou uma arma grande e atirou na outra arma. A polícia viu e pegou a arma do dono da árvore atirando nele, mas a arma do policial não funcionou.

O policial consertou a arma e voltou à noite para prender o dono da árvore, e este foi preso, ele nunca mais deu um tiro na arma dele e ficou feliz para sempre, preso.

4.2.2. Análise do primeiro desenho/ história.

O primeiro desenho é pouco estruturado, podendo ser identificado apenas como algo que se assemelha a uma arma e uma casa sem forma. Aliás, só é possível saber da existência da casa por que esta é referida na história. Esta pobre estruturação do desenho nos mostra o quanto seu mundo psíquico está assolado por ansiedade, pois não apresenta perturbações cognitivas.

O desenho é composto por cores esmaecidas e traços leves, parecendo que ele não se autoriza a marcar o papel. Há um predomínio da cor marrom, o que pode estar relacionada a pulsões instintuais.

Se relacionarmos o primeiro desenho de G. com sua história de vida, marcada por diversas e prolongadas internações, que se iniciaram no transplante de

fígado e não pararam mais, é possível que ele avalie e fantasie que dentro dele exista uma guerra ameaçadora, que em última análise ameaça sua própria vida.

Quando G. conta a história do primeiro desenho, ele associa ao desenho, mas não conta uma história a partir do dele, e sim relata a história que está contida ao desenho. Portanto, para compreender a história é necessário o desenho.

Ele refere-se várias vezes a uma árvore que derruba a casa; é uma árvore perigosa, que destrói as coisas, tal como ele se sente na vida real.

Em suas fantasias, a família dele foi destruída por ele. Isso se confirma ao lembrarmos o primeiro encontro que tive com G, no qual, ele se considerou mal e que eu não iria mais gostar dele por isso. De algum modo, ele se identifica com esta árvore que destrói a casa, representante aqui da família como um todo.

G. começa sua história dizendo:

“Isso daqui é uma arma matando... cheia de água... cheia de bala.”

Esta arma, que inicialmente é descrita com cheia de água, pode ser uma alusão que ele faz aos remédios que são injetados nele, frequentemente.

Quando perguntado quem a arma estava matando ele responde:

“Ninguém ela fica pá-pá-pá.”

Ou seja, ele percebe os remédios que são injetados nele como algo que é “atirado”, que ele é obrigado a tolerar essa invasão corporal, que muitas vezes faz com que ele se sinta mal, não possuindo controle sobre estes.

Esta arma, que ele se refere muito, pode ser também, uma representação do quanto ele está repleto de coisas más que não só estão ao entorno dele, mas muitas vezes são percebidas como internas a ele. A arma seria um meio de expelir essas

coisas más, o que representaria a projeção dos conteúdos maus para fora, como uma tentativa de aliviar a ansiedade vivenciada por ele.

O homem, que não é desenhado, é muito referido ao longo da história. Ele se apresenta, ou dá sinal de sua existência no desenho, numa pequena mancha amarela, isso porque crianças desta idade costumam referir-se ao pai através do sol.

O homem, representado na história, não possui uma casa, o que condiz com a história de vida G, pois este só foi reconhecido pelo pai quando tinha quatro anos de idade. Portanto, este homem, não aparece como dono da casa, mas como dono da árvore, que destrói a casa, é um homem que não possui nenhum vínculo afetivo com o que está acontecendo, mas que existe.

Esse homem é visto por G. como poderoso:

“(...) aí o dono da árvore falou para chuva e a chuva parou (...)”

A chuva pode ser representante, também, de como G. se sente a mercê dos fatos, tanto o transplante de fígado quando o câncer, são coisas que não se podem ser controladas, simplesmente acontecem. Assim como a medicação e os métodos curativos estão sob o controle dos outros.

A história termina com uma expectativa de uma intervenção social através da polícia que apreendeu a arma perigosa, portanto G. tem uma leve esperança de que existe uma chance de viver.

Ele termina a história com a frase:

“Porque ele nunca mais deu um tiro na arma dele... aí ele ficou feliz para sempre”.

Como já me referi antes, se a arma representa os remédios e os tratamentos que G. é submetido, isso reforça a ideia de que ele acredita numa possível cura para sua doença e assim ser **“feliz para sempre”** sem os medicamentos.

Por fim, falta nós pensarmos, como o homem está preso e feliz? No meu modo de compreender, G. quer dizer com isso, que suas ambições são modestas. Que a condição de sua felicidade está vinculada a necessidade de viver.

4.3. Segundo desenho:

Este desenho está digitalizado, a cópia do desenho que G. fez está nos anexos (2º desenho do anexo).



4.3.1. História do segundo desenho.

A transcrição da história na íntegra está anexa, aqui irei relatar sucintamente a história relatada por G em relação ao primeiro desenho.

Ele apontou para a parte esquerda do desenho e disse que era um barco do hospital. Depois apontou para a parte direita do desenho e disse que era um menino doente. Quando peço para ele me explicar o que era o barco, ele diz que era o barco da ambulância e afirma que o menino estava doente.

Mais tarde, eu venho descobrir, através da psicóloga da casa HOPE, que “barco” é a linguagem utilizada, pelas crianças da casa, para identificar uma maca.

Ele conta que o menino estava feliz, quando diz isso começa a pintar o suposto menino de marrom. Ele afirma, depois de perguntado, que o menino iria pegar a ambulância. Porém, quanto solicitado que ele conte mais sobre este menino ele não diz nada.

4.3.2. Análise do segundo desenho/ história.

G. refere-se novamente, neste desenho, o quão invasivo ele percebe os tratamentos e o mundo do hospital, e como é complicado residir no “mundo do hospital”, onde até o linguajar é o próprio, a “maca” da ambulância que é assustador vira “barco”.

Neste desenho ele torna mais explícito o conflito que é viver neste mundo, sendo as figuras principais, o “menino doente” e a “ambulância”. Talvez esteja aqui, a dificuldade encontrada por ele em contar uma história deste desenho. Trata-se de um movimento defensivo, de proteção a sua própria sobrevivência, pois mantém encapsulado o profundo temor que sente, que uma vez irrompido não poderá ser controlado por ele.

No único trecho que G. aprofunda um pouco mais sobre o menino ele diz:

“Ele tava todo feliz... aí eu pinto desse jeito assim ó” (começa pintar o menino de marrom com força).

Nesta frase, fica claro o uso de uma defesa maníaca, pois ele explicita que o menino estava feliz. Heroicamente ele argumenta que ainda que doente existia felicidade, mas rapidamente ele esconde este menino com a cor marrom, que como já foi dito no primeiro desenho, é uma cor regressiva, só que desta vez ele pinta com mais força.

Esta frase pode representar, também, uma alusão da própria história de G., ele era um menino feliz antes da doença. O que devemos lembrar, é que o único período que G. não foi considerado doente foi no primeiro mês de vida, pois no segundo mês foi descoberto a atresia e, conseqüentemente, a necessidade do transplante de fígado. A existência de G. é marcada pela doença, o que não deixa com que ele associe a felicidade a um existir sem doença.

Quando solicitado que fale mais sobre este menino, G. se limita a pintar a ambulância de vermelho e faz uma cruz e diz:

“A ambulância é deste jeito. Pronto.”

A cruz que desenha na ambulância é a parte do desenho que mais se aproxima a forma real das coisas que ele desenhou. A cruz pode representar o quanto este “mundo do hospital” remete a uma morte iminente, que também pode ser sentida e percebida por G., pois a cruz está intimamente ligada à imagem de Jesus crucificado e, portanto, morto.

O menino que ele desenha, que seria uma representação dele próprio, não tem corpo e não tem forma, o que nos faz pensar que este pode ser o modo com ele se vê, depois de todas as mudanças físicas e psicológicas que ele sofreu devido ao câncer atingindo sua identidade.

4. Terceiro desenho.

O desenho abaixo está digitalizado, a cópia do desenho que G. fez está nos anexos (3º desenho do anexo).



4.4.1. História do terceiro desenho.

A transcrição da história na íntegra está anexa, aqui irei relatar sucintamente a história relatada por G. em relação ao primeiro desenho.

Ele conta que havia desenhado um pato, e que este gostava de beber água, por isso estava bebendo água, além de estar com sede.

G. enquanto contava a história, começa a desenha a trajetória da água pelo corpo do pato em transparência.

Diz que o pato estava bem, que ele vivia sozinho na floresta, onde tinha um elefante. O pato e o elefante brigaram, na briga o elefante chupou e cuspiu o pato para longe.

Então, o pato ficou doente, foi para o hospital e a médica falou que ele não estava doente e assim ele ficou bem.

Quando questionado se o pato estava realmente doente antes de ir à médica, ele diz que sim e acrescenta que o pato estava tomando banho e ficou bom.

4.4.2 Análise do terceiro desenho/história.

G. virou a folha na vertical para fazer o desenho. É o desenho, dentre os três, que mais se parece com o que queria retratar, apesar de ser um pato que lembra fortemente um ganso.

Pela primeira vez, dos seus desenhos, surgem cores diferentes como laranja e verde, as figuras possuem formas que levemente nos evocam ao que é falado e ainda que o pato se pareça mais com um ganso, ele possui um terreno familiar.

Começa sua história:

“O pato tava bebendo água, porque ele gosta de água... o pato ia beber água tava com sede, olha a água dele.”

Neste trecho ele começa assimilar que o pato estava com sede, estava bebendo água e que este gostava de água. De algum modo, ele refere-se a um animal que não mastiga, o que no limite, nos mostrar o quanto infantilizado G. está.

De todo modo, ele começa fazer o caminho da água, justamente onde o linfoma apareceu em seu corpo, no pescoço. Ele dá uma volta com o lápis de cor azul, o que nos mostra que ele tem plena noção da doença que o acometeu, e mais do que isso, ele possui domínio de que é uma doença perigosa, percebido por ele no modo como a mãe dele encarou o diagnóstico da doença engordando muito.

Quando ele desenha o caminho da água, ele faz o pato em transparência com as partes internas a mostra. Segundo Hammer (1991), isso pode significar que G. vê a superfície corpórea como permeável, uma área de defesa inadequada. Se voltarmos a nos referir ao alto número de medicamentos que G. vê “entrando” em seu corpo diariamente. Podemos supor que este tem a fantasia de que seu corpo deveria parar estes procedimentos.

G. escolhe um pato para desenhar, um animal que se movimenta em terrenos não muito sólidos e de algum modo, neste desenho, ele mostra que assim como a água entra e sai, não sendo absorvida, o pato não vai crescer e, portanto não vai voar.

O elefante, de modo usual, é tido como um animal “continental”, assim como, por exemplo, a baleia.

Mas o elefante tem um atributo claramente fálico: a tromba.

Rodeado por mulheres, mãe, avó, a maioria dos integrantes da equipe de saúde, G. mostra perceber o universo masculino como ameaçador “**(...) aí o elefante chupou ele, aí ele... pá (! cuspiu o pato muito longe)**”. Será que ele está referindo-se ao pai, com quem tem pouco contato? Será que o “jogar fora” (cuspir) refere-se aos seus afetos? Provavelmente sim.

4.5. Outra história criada por G.

Quando G. terminou de contar as histórias, referentes ao terceiro desenho, ele pediu para gravar, no gravador, mais algumas coisas. Eu permiti.

A seguir vou relatar alguns pontos principais do que aconteceu. A transcrição, na íntegra, está anexa.

G. começa cantar uma música cuja melodia remete às músicas infantis, porém não era possível compreender a letra, porque ele canta muito baixo. A única parte da música compreensível é quando ele começa a fazer barulhos que imitam tiros e quando ele diz “**uuuhhhh meu pinto**”.

Depois de escutar no gravador o que havia cantado, G. começa brincar de polícia e ladrão: no primeiro momento a polícia é ele e eu o ladrão. Depois ele inverte os papéis. Durante a brincadeira ele pede várias vezes para escutar no gravador. Quando escuta pela última vez, pede a mãe dele.

4.5.1 Análise da “outra história criada por G.”

Ao final do encontro G. procura outros modos para expressar a sua intensa angústia.

Ao cantar, uma melodia infantil, introduz barulhos de metralhadoras. Expressa assim, a sua compreensão de seu viver e, ao mesmo tempo, o quanto se percebe pouco atendido nas suas necessidades de criança e como é quase ininteligível praticamente viver sendo medicado. É assim que interpreto o não ter letra sua canção. Esta música é um retrato da catástrofe de ser uma criança com câncer.

Ele começa a brincar então de polícia e ladrão, o que é comum na idade dele, mas que não deixa de ser um apelo para que alguém ponha ordem em sua vida. Por

várias vezes ele pede para ouvir o que disse no gravador, depois ele faz , escutando novamente, achando assim que já havia deixado a imagem dele, mas a escuta dele mesmo o aflige, pois entende que havia falado das angústias dele.

E termina com um último movimento, da ordem do regressivo, pedindo a “mamãe”, mostrando que ele precisa da mãe dele com urgência.

5. Considerações finais.

“(…)Nada se obtém senão um pouco de satisfação ao se extrair de uma partitura uma performance virtuosa.”

(Winnicott)

Toda manifestação do ego está vinculado a uma fantasia, portanto, os desenhos, histórias e brincadeira de G., nos proporcionaram uma compreensão de suas fantasias que constituem seu ser.

Após as interpretações me parece válido salientar a diferença entre “ser” e “estar” doente. G. não é o câncer e sim está com o câncer, à doença não é uma característica intrínseca à G. e sim, um estado momentâneo com possibilidades de mudança.

Acho importante fazer esta distinção, que teoricamente parece óbvia, mas que na prática é vista frequentemente entre os profissionais da área da saúde.

“As doenças são coisas, e sempre haverá aqueles que gostam de trabalhar com coisas, exatamente como haverá aqueles que gostam de estar em contato com pessoas. Alguns de nós são do primeiro tipo, outros do segundo. As crianças, que são os nossos pacientes, precisam realmente que os dois tipos se harmonizem bem (...)” (WINNICOTT, [1966] 1997. p.164)

Em suas produções, G. explicita que é necessário um olhar para além da “coisa”. Quando, em sua última brincadeira, canta uma música que possui uma melodia infantil, mas que é impossível escutar a letra por cantar demasiadamente baixo, ele nos alerta a uma infância que está sendo esquecida.

Em outra produção, mais precisamente no 1º desenho/ história, G. nos explicita que o câncer não é a única questão de sua vida. Ele nos mostra que estas questões, muitas vezes subestimada pelas pessoas que estão envolvidas no tratamento dele, por julgarem que são questões insignificantes comparadas à doença grave que o acomete, também lhe causam medos e angustias, como por exemplo, a falta da presença de uma figura paterna, um pai que seja protagonista em sua vida e não coadjuvante como ele deixa transparecer na sua produção.

O enfoque somente na doença gera o esquecimento daquela criança, podendo dar origem, nesta, a um profundo sentimento de abandono e desamparo.

As brincadeiras de G. nos contaram muito de como anda o seu mundo interno e de sua postura frente ao mundo externo.

Com a ajuda da teoria de Melanie Klein, pude identificar as manifestações das pulsões de vida e de morte de G., por meio de sua disponibilidade de comunicar suas questões de forma simbólica (pulsão de vida), e dos seus comportamentos destrutivos frente a mim, exemplificado, por sua necessidade de me matar o tempo todo (pulsão de morte).

As projeções feitas por G., nas quais, atirava em mim parte de seus impulsos destrutivos através de suas brincadeiras de arma, funcionaram como defesa frente aos pensamentos paranóides que o assombram, entre eles a morte, sua própria destruição.

Na segunda história de G., a “maca” da ambulância é transformada em “barco”, nos mostrando a importância da criação de fantasias como defesa para que ele possa suportar o dia-a-dia que vive. Na realidade, tanto a “maca”, quanto o “barco”, são meio de transportes, mas apresentam características muito distintas. A que me chama mais atenção é a imobilidade que está atrelada à maca e a sensação de liberdade que está atrelado ao barco.

G. nos mostra, mais especificamente no 3º desenho/história, que ele possui consciência da doença que o assola. Os profissionais da área de saúde devem se

atentar a isso para conscientizar os familiares da importância de conversar com a criança sobre a doença, possibilitando o questionamento e a verbalização das angústias e medos pela criança.

Quero também, atentar para riqueza deste caso apresentado neste trabalho, no sentido do campo e possibilidade de trabalhos que se abrem a partir dele, como por exemplo:

1) Para o estudo das fantasias das mães de crianças com câncer:

Em relação a isto, retornemos a parte **“A história de G. a partir de sua mãe”**, especificamente na parte: **“A mãe relatou que quando o câncer do filho foi descoberto ela teve depressão e bulimia, engordado 60 kg.”**

Esta frase nos sinaliza o quanto a mãe de G. precisou de uma compreensão para a amargura que o filho estava proporcionando a ela, no momento em que recebeu o diagnóstico. Ao mesmo tempo, a bulimia tem um jogo duplo, come-se muito para apaziguar o vazio e depois o alimento transforma-se em veneno, o que constata a fantasia que esta mãe tem de que tudo que entra e sai do seu corpo não presta, pois ela só havia produzido um filho com o fígado ruim e com um câncer.

Este é apenas um dos trechos que escolhi para apontar a importância de um olhar mais cuidadoso para estas mães.

2) Para um olhar mais cuidadoso para as casas de apoio às crianças com câncer:

A mudança para uma cidade com São Paulo, que a meu ver, já não é uma cidade muito acolhedora, é em si uma mudança brusca para a criança. Viver em uma casa com pessoas estranhas e sem ter sua privacidade, pode ser um fator que agrava ainda mais os sentimentos de perda, solidão e falta de referência para esta criança.

3) Para a medicina:

Neste âmbito Winnicott nos lembra que:

“É na elaboração de uma história de caso que a psicanálise tem uma contribuição real a fazer à pediatria, e na verdade a prática médica em geral”. (WINNICOTT, 1997[1966], p. 166.)

Estas são algumas das possibilidades de campos a serem estudado no campo da psicologia, assim como no âmbito da atuação.

Hoje, faço um núcleo do quinto ano denominado: *“Contextos em crise: intervenções clínico- institucional”*, através dele faço estágio supervisionado pela professora Kátia El - ID, na casa HOPE. Portanto tive a oportunidade de reencontrar a psicóloga que me recebeu quando fiz minha Iniciação Científica e a coleta do material utilizado neste trabalho.

A psicóloga me contou que G. está bem. Que constantemente volta a casa HOPE para fazer exames, disse que a probabilidade do linfoma retornar é alta e relatou uma história que eu não posso deixar de contar aqui.

Contou-me que G. tinha um sonho, de tornar-se policial, e que uma ONG, denominada Make a wish, havia escolhido ele, entre as crianças da casa HOPE, para realizar este sonho.

A ONG Make a wish, é uma organização que tem como missão realizar os desejos de crianças de 3 a 17 anos, portadores de enfermidade grave, proporcionando a estas: “força, esperança e alegria”. Está ONG, foi fundada no Brasil em 2008 e é filial da ONG Make a Wish internacional, criada em 1993, hoje presente em 33 países.

No dia 29 de julho de 2009, G. foi o protagonista da Make a Wish e passou um dia no 3º batalhão da Polícia Militar metropolitana de São Paulo. Ele ganhou uma farda, feita especialmente para ele e foi promovido a tenente.

Seu dia foi completado por simulações reais do que seria ser um policial, aprendeu, entre outras coisas, a marchar, bater continência e a fazer vistoria.

No final do dia, os policiais fizeram uma surpresa para G., e este recebeu do leão, mascote da polícia, uma medalha.

Quando colocou a medalha no pescoço falou:

“Esta medalha vai ficar sempre comigo, e quando eu me sentir triste, vou apertá-la bem forte e lembrar que o leão é forte e corajoso, e que eu tenho que ser também.” (G. 2009, Make a Wish)

Quando a psicóloga da casa Hope me contou está história, fiquei tomada de emoção e felicidades, mas não parei para refletir, na hora, a importância do ato realizado por está ONG.

Esta ONG levou mais do que alegria para G., ela possibilitou que a fantasia dele de torna-se adulto se realizasse, algo que dificilmente irá acontecer, devido à gravidade de sua doença. G. tornou-se adulto, pelo menos por um dia.

Chegando ao fim deste trabalho, é inevitável que surjam indagações em relação a G. Valeu a pena ele ter vivido estes anos? Ele vai chegar à vida adulta? E as respostas são simples, provavelmente ele não vai chegar à vida adulta, pois as chances do linfoma curar são poucas e a chance de voltar é imensa, sendo ele um transplantado de fígado. Mas se ele não conseguir atingir a vida adulta, valeu a pena ele viver cada minuto destes anos, pois ele pode mostrar que teve recursos e potenciais para lidar com a situação apresentada.

A personalidade de G. é constituída também, a partir de experiências muito dolorosas, o que faz parte da identidade dele. E se me perguntarem quem é o G. direi: Ele é forte igual a um leão, um lutador!

Gostaria de salientar, que provavelmente se outra pessoa tivesse realizado está pesquisa, suas interpretações seriam diferentes, mas estou segura que seriam referidas à angústia básica de G.

Seguindo este raciocínio devemos levar em consideração que a minha visão está enraizada nas minhas teorias.

(...) “A única companhia que tenho ao explorar o território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada.” (WINNICOTT, 1984 p.14).

Reflexão:

“Vocês percebem? Enquanto a maioria dos ensinos leva você para fora de si mesmo, a psicologia, a psicologia que importa, tende a arremessá-los para dentro de si mesmos.”

(WINNICOTT)

Para finalizar este trabalho, quero expor algumas percepções minhas a respeito dele.

Este “TCC”, como é chamado por nós alunos, é o resultado dos meus cinco anos de faculdade. Posso agora, compreender o significado de um “Trabalho de Conclusão de Curso”, não como uma simples pesquisa obrigatória a todos os formando, mas como um retrato da minha trajetória na graduação.

Mas do que isso, posso perceber que este trabalho é uma analogia, não intencional, desta trajetória.

Irei explicar melhor este pensamento. O primeiro capítulo deste trabalho é sobre as fantasias e assim começou a minha formação, com uma fantasia do que é ser psicólogo. E esta fantasia foi modificando-se a partir de escolhas teóricas, angústias, identificações, medos, erros, incertezas e acertos, que tive ao longo da faculdade. Assim, este trabalho está permeado por todas estas ações e sentimentos.

Dando continuidade a esta analogia, refiro-me agora à necessidade de começar o meu trabalho utilizando-se da teoria kleiniana para depois chegar, mas precisamente nas “Considerações finais”, em Winnicott. O mesmo me aconteceu ao longo da faculdade. Precisei me agarrar na teoria de Melanie Klein, para conseguir ouvir e compreender a teoria de Winnicott. Na necessidade de um complemento, a

algo que sei que sempre será incompleto, encontrei junto a Klein, Winnicott. Assim foi na faculdade, assim foi neste trabalho.

Não à toa, para a escolha do tema e o caso a ser estudado neste trabalho eu recorri a minha Iniciação Científica. Foi nesta primeira pesquisa que fiz que eu descobri mais uma possibilidade de minha atuação, que eu me vi encantada com o mundo das pesquisas e que me trouxe a paixão de escrever. A descoberta do **“Então, escrever pode ser um prazer.”** (NICOLE BERRY, 1991).

Acho que a escolha do retorno a minha Iniciação Científica foi norteadada, também, por uma sensação de que ainda havia muito a ser feito por aquelas crianças. Não que eu acredite que o trabalho tenha se finalizado com está pesquisa, mesmo porque, me vejo este ano em busca de um estágio na casa HOPE. O sentimento de que falta alguma coisa para ser feito permanece, e espero que permaneça sempre ao longo de minha vida profissional.

Identifico-me com a descrição que Winnicott, 1997 [1950], faz dos alunos de psicologia na graduação. De acordo com ele, estes alunos passam por dois estágios distintos.

“No primeiro estágio, eles aprendem o que está sendo ensinado sobre psicologia exatamente como aprendem qualquer outra coisa. No segundo estágio, eles começam a se perguntar: - Sim, mas será que isso é verdade, como podemos saber? No segundo estágio, o ensino psicológico começa a se separar do outro como alguma coisa que não pode simplesmente ser aprendida. Ela precisa ser sentida como real, ou será irritante e inclusive enlouquecedora.” (WINNICOTT, 1997 [1950] p. 38.).

E foi nesta segunda etapa que encontrei a Iniciação Científica, como uma tentativa de conhecer as reais possibilidades da psicologia.

Este trabalho de conclusão de curso é a finalização da segunda etapa. Termina assim, o ciclo de “teste” para provar que a psicologia é real... Pois hoje, ela é sentida como tal por mim.

O TCC, símbolo do fechamento de um ciclo da minha vida, proporcionou-me a legítima certeza de que o trabalho está inacabado e que mais do que tudo, agora eu preciso mergulhar no universo prático para acolher e ajudar tantos G. que irão solicitar a minha ajuda.

“(...) quando vocês aprendem psicologia, vocês nunca aprendem nada completo e acabado.”

(WINNICOTT, 1977 [1950], p39.)

6. REFERÊNCIAS.

- ABCANCER. Disponível em: < www.abcancer.org.br.> Acessado em: 11 ago, 2009.
- AGUIAR, M. A. F. ***Luto antecipatório em criança com câncer***. São Paulo, 2005. 94 p. Dissertação (mestrado em psicologia clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005a.
- _____. Morte de si mesma: A criança gravemente enferma. In: MAZORRA, L.; TINOCO, V.(Org.). ***Luto na infância: intervenções psicológicas em diferentes contextos***. Campinas: Livro Pleno, 2005b. p.73.
- ANDREA, M.L.M. Oncologia Pediátrica. In Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.;
- BARROS, L. H. C. (org.). ***Temas em Psico-Oncologia***. São Paulo: Summus, 2008. p. 477-495.
- BERRY, N. ***O sentido de identidade***. São Paulo: Escuta 1991. p. 11-26.
- BIGIO, C. B. ***A compreensão da criança acerca do seu diagnóstico: um estudo sobre a representação do câncer na infância***. São Paulo, 2001. Trabalho (de Conclusão de Curso em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BLUEBOND-LANGNER, M. ***The private worlds of dying children***. New Jersey: Princeton University Press, 1978.
- CARDOSO, F. T. ***Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo***. Rio de Janeiro: Psicologia hospitalar, jun. 2007, 10. v., 1. n.
- CASTRO, M. G; ANDRADE, T. M. R; MULLER, M. C. Conceito ***mente e corpo através da história***. Psicologia em estudo, jan/apr. 2006, 11. v., 1. n.
- DI LEO. ***A interpretação do desenho infantil***. Porto Alegre: Artes médicas, 1987.

HAMMER, E. F. A projeção no contexto clínico. In: HAMMER, E. F. **Aplicações Clínicas dos desenhos projetivos**. São Paulo: casa do psicólogo, 1991.

FÁVERO, M.H e SALIM, C.M.R. **A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados**. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 1995. v.11 n.3.

HEIMANM, P. Notas sobre a teoria dos instintos de vida e de morte. RIVIERE, J.; JONES, E.(Orgs.), **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: artes médicas, 1992.

INCA-Instituto nacional de câncer. Disponível em: <www.inca.gov.br> Acessado em: 20 nov. 2008.

ISAACS, S. A natureza e a função da fantasia. In: RIVIERE, J. (Org.). **Os progressos da psicanálise** . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.

KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: RIVIERE, J.; JONES, E. (Orgs.). **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969a.

_____. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: Klein, M. Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos. In: **As Obras Completas de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1991, 3. v.

_____. Sobre a teoria de ansiedade e culpa. In: RIVIERE, J.; JONES, E. (Orgs.), **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969b.

_____. A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado, 1955[1953]. In: Klein, M. Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos. In: **As Obras Completas de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1991, 3.v.

LEPRI, P. M. F. **A criança e a doença: da fantasia à realidade**. Rio de Janeiro: SBPH, dez. 2008, 1. v., 2. n,

MARQUES, S. F. P. **Câncer e estresse: um estudo sobre criança em tratamento quimioterápico**. São Paulo: Psicologia hospitalar, dez. 2004, 2. v., 2. n.

MAKE- A- WISH Brasil. Disponível em: < www.makeawish.org.br.> Acessado em: 25 de março, 2010.

MELO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1994.

MELO. L. L; VALLE, E. R. M. Vivências de uma criança com câncer hospitalizada em iminência de morte. In: VALLE, E. R. M (org). **Psico-oncologia pediátrica**. Casa do psicólogo, 2001. p. 183.

OAKLANDER, V. **Descobrendo crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. São Paulo: Summus, 1980.

PEDROSA, A; PEDROSA, F; PEDROSA, T. F; PEDROSA, S. F. Comunicação do diagnóstico do câncer infantil. In. PERINA, E. M. e NUCCI, N. G. (Orgs.), **As dimensões do cuidar em psiconcologia pediátrica**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2006.

PERINA, E. M.; MASTELARO, M. J.; NUCCI, N. A. G. Efeitos tardios do tratamento do câncer na infância e na adolescência. In: CARVALHO, V. A; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J.; LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. C.; VEIT, M. T.; GOMES, M. J. B.; BARROS, L. H. C. (org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus. p. 496-504, 2008.

REVIERE, J. Introdução geral. In: RIVIERE, J.; JONES, E. (Orgs.), **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969a.

_____. Gênese do conflito psíquico. In: RIVIERE, J.; JONES, E. (Orgs.), **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969b.

SANTOS, M. E. M. **A criança e o câncer: desafios de uma prática em psico-oncologia**. Recife: A. G Botelho, 2002.

SPERB, T. M ; GOULART, C. M. T. **Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar**. Porto Alegre: Psicologia reflexão e crítica, 2003.16 v., 2. n.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil: compreender e agir**. São Paulo: Psy, 1997.

VALLE, E. R. M.; RAMALHO, M. A. N. O câncer na criança: a difícil trajetória. In: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 505-516.

VAN KOLCK, O. L . Interpretação de desenhos no plano do diagnóstico da personalidade. In: _____. **Interpretação psicológica de desenhos**. São Paulo: Pioneira, 1981.

WEININGER, O. **Melanie Klein: da teoria à realidade**. Porto Alegre: Artes medicar, 1996.

WINNICOTT, D. W. Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. Sobre a neurose cardíaca nas crianças. [1966]. In: Shepherd, R.; Johns, J; : Shepherd, R.; Johns, J; Robinson, H. T (org.) **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

_____. "Sim, mas como saber e isso é verdade? [1950]. In: Shepherd, R.; Johns, J; : Shepherd, R.; Johns, J; Robinson, H. T (org.) **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

1° SIMPÓSIO DE HUMANIZAÇÃO EM ONCOLOGIA DO ICESP. Realizado no dia 22 de outubro de 2009.

Anexos



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 232/2008

Faculdade de Psicologia da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco

Autor(a): Carolina Niero Pinheiro

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Iniciação Científica, intitulado *O luto desencadeado pelas perdas advindas do câncer pela vivência de uma criança*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 29/09/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 232/2008.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 29 de setembro de 2008.

Prof. Dr. Paulo Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br

Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____ RG _____, tenho conhecimento de que meu (minha) filho(a) _____ estará participando de uma pesquisa científica sobre o luto desencadeado pelas perdas advindas do câncer, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Carolina Niero Pinheiro, RG. 43745886-6, estudante de graduação da Faculdade de Psicologia da PUC/SP, sob a orientação da Profª Drª. Maria Helena Pereira Franco, como projeto de iniciação científica.

Concordo que seja realizada uma sessão de aproximadamente 50 minutos com o meu filho (a), na qual será proposto a este(a), que faça um desenho de tema livre e conte uma história sobre o que desenhou. Aceito que a narrativa contada na sessão seja gravada e que este material seja utilizado somente para este fim, sob total responsabilidade da pesquisadora. Autorizo a utilização do conteúdo da sessão realizada, como instrumento da pesquisa.

Estou ciente de que o término da pesquisa as gravações serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que o nome do(a) meu (minha) filho(a) seja identificado.

Estou ciente de que não haverá riscos para a saúde do(a) meu(minha) filho(a) resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente de que meu (minha) filho (a) estará livre para se recusar a fazer algo proposto durante a sessão, bem como para desistir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu tratamento.

Sei que meu (minha) filho (a) terá oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que desejar, e que todas deverão ser respondidas a contento dele(a).

Fica-me garantido que todas as condições éticas que regulamentam a atuação em pesquisa científica e que são exigidas pela Resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos, do Ministério da Saúde, serão cumpridas pela pesquisadora na condução da sessão, na análise e no arquivamento e publicação deste material.

Tendo ciência das informações contidas neste termo de Consentimento, autorizo nesta pesquisa, o uso dos dados pelo (a) meu (minha) filho(a) fornecidos.

Data:

Assinatura

1° Desenho



1º desenho

2° Desenho



3° Desenho



Transcrição do gravador. 2º encontro com G.-18/11/2008-SP

Duração: 30 min.

Material: 3 folhas de sulfite, giz de cera, lápis de cor, borracha, lápis.

Lugar de aplicação: uma sala bem pequena: uma mesa, duas cadeiras, uma maca e uma balança.

Ele entrou na sala, eu perguntei como ele estava, ele disse que estava bem. Falei que na semana anterior ele havia dito que não sabia se iria querer me encontrar de novo, por isso eu queria saber se ele queria ficar ali. Ele respondeu que sim.

Eu expliquei novamente tudo o que seria feito, que ele iria fazer três desenhos e que após isto ele iria contar uma ou mais histórias sobre os desenhos .

Mostrei o gravador que estava em cima da mesa para ele, e disse a ele que eu iria gravar tudo que nós conversássemos naquele gravador.

Eu dei uma folha de sulfite para ele e pedi para que começasse a desenhar.

(Demorou 20 segundos para fazer o primeiro desenho.)

C: Terminou?

G: Sim.

C: Então...agora eu quero que você faça outro desenho.

G: De novo?

C: É.

(Ele faz um rabisco de um lado da folha e outro do outro.)

G: Pronto.

C: É... Você não quer fazer mais nada?

(Ele continua desenhando.)

G: É um barco. Não quero fazer mais nada.

(Dou outra folha)

C: Vou pedir para você fazer mais um...

G: De novo, tia?

C: Mais um.

(Ele começa a desenhar.)

G: Tô fazendo um pato... O pato é desse jeito... Pronto.

C: Você terminou?

G: Agora vou pintar.

C: Pode tirar o lápis (de cor) da caixa.

G: Depois cê arruma?

C: Arrumo.

G: Depois que eu for embora cê arruma?

C: Arrumo.

G: Cê arruma rápido?

C: Acho que sim.

G: Por que cê arruma rápido?

C: Porque acho que vai ser rápido.

(coloca muita força no lápis de cor.)

G: Pronto...Agora eu vou pintar...

G: O pato é desse jeito. Pronto... "uhh"(fez barulho como a boca, indicando que estava cansado de ter feito aquele desenho.)

C: Você quer fazer mais alguma coisa nos outros desenhos?

G: Não . Quero contar historia.

C: Mas...é...nesse desenho do pato você mostrou que desenha muito bem...Você não quer desenhar mais coisas nos outros?

(Ele pegou o primeiro desenho, que ele havia feito)

G: Pá- pá... é uma arma...É uma arma...pá-pá-pá, ela acabou com tudo até com a casa. (aponta para um rabisco no canto da folha.)

(pegou o segundo desenho que ele havia feito e ficou olhando.)

C: O que é isso?

G: Esse aqui é o barco do hospital... (aponta para um rabisco) e este aqui é..um ..é...um..é um menino doente... (aponta para outro rabisco).

C: Esse aqui é o barco? (aponto para o primeiro rabisco)

G: Não esse aqui é o barco da ambulância. Este menino tava doente.

C: Me conta a história do menino.

G: Ele tava todo feliz... aí eu pinto desse jeito assim ó (começa a pintar o menino de marrom com muita força.)

C: O menino estava doente? ele vai pegar a ambulância?

G: É.

C: Me conta mais sobre este menino.

(começa a pintar a ambulância de vermelho e faz uma cruz)

G: A ambulância é desse jeito. Pronto.

C: Me conta uma historia do desenho do pato.

G: O pato tava bebendo água, porque ele gosta de beber água... o pato ia beber água tava com sede, olha a água dele. (faz o desenho da água fora e entrando pelo corpo do pato, em transparência).

Começa a desenhar a água saindo por baixo do pato.

C: Ele está fazendo xixi?

G: Tá.

Continua pintando com muita força, aí ele diz :

G: Pronto.

C: Como esse pato é?

G: Ele está bem.

C: Me conta a história do pato.

G: Ele vive sozinho na floresta...aí tinha um elefante e o elefante mat...é, eles brigavam, aí o elefante chupou ele, aí ele... pá! cuspiu o pato muito longe.

C: O que aconteceu com o pato?

G: O pato ficou doente, aí ele foi pro hospital e a doutora falou que ele não tinha nada aí ele ficou bem.

C: Então ele não estava doente?

G: Tava...ele tava tomando banho (começa a desenhar a água em cima do pato)aí ele ficou bom (aponta para a água em cima do pato)...Chuveiro.

C: Me conta agora sobre o primeiro desenho.

G: Isso daqui é uma arma matando... cheia de água...cheia de bala.

C: Quem a arma está matando?

G: Ninguém ela fica pá pá pá. Ela derrubou a casa, aí começou a chover e a árvore derrubou... aí o dono mandou a chuva parar e a chuva parou. Aí a árvore derrubou.

C: Derrubou o quê?

G: A casa...aí o dono da árvore falou para chuva e a chuva parou. E arma ficou só assim próóóóó atirando nele.

C: No dono da árvore?

G: É. Aí ele pegou uma arma grande, o dono da árvore, pá! na arma, aí a policia olhou pegou a arma dele pá! e não funcionava.

C: A arma do policial?

G: É. Aí ele concerto e pegou de noite e pá pá- pá- pá pá! ele tava dormindo quando foi preso.

C: Quem foi preso?

G: O dono da árvore.

C: Por que ele foi preso?

G: Porque ele nunca mais deu um tiro na arma dele... aí ele ficou feliz para sempre.

C: Ele ficou feliz para sempre preso?

G: Sim.

G: Deixa eu canta um música aqui. (aponta para o gravador)

G: ... (não consigo compreender a letra da música porque ele canta muito baixo)...Pápápá...(continua cantando algo que não consigo compreender)...uuuhhhh meu pinto...(finaliza a música cantando muito baixo sem que consiga entender a letra novamente).

G: Você vai preso ladrão ..aiii uiiii aiii...

G: lom lom lom (faz barulho de sirene)

G: Você está preso...pronto termino.

G: Posso faze de novo?

C: Pode.

(Pega um lápis de cor e finge que é um revolver, aponta o lápis para minha cabeça)

G: Pá- pá -pá -pá....Você morre.

(fechei os olhos e fingi que estava morta. Depois de um tempo eu abri os olhos)

G: Fecha o olho...O tiro é bom é, o tiro é bom?

C: O que eu fiz pra morrer?

(Ele atira de novo em mim)

G: Fica quieta se não te mato de novo.

C: O que eu fiz policia? O que eu fiz?

G: Me da um tiro agora, me da um tiro agora.

C: Eu atirar em você, por que?

G: Porque você tem arma. Cala a boca, abaixa a arma. Você roubou isso aqui (aponta para o gravador)...Pá-pá-pá..(atira em mim e se aproxima do gravador)

(Fingiu que ia pegar o gravador e que ia jogar ele longe.)

G: Pronto. Deixa eu escuta? (aponta para o gravador)

(ele escutou a história)

G: Você tá preso.

C: Eu vou ser o ladrão e você o policial de novo?

G: É.

(Tentou amarrar os meus braços para traz, sempre colocando muita força)

C: Pá-pápá.

G: Eu não morro.

C: Por que você não morre?

G: Porque eu sou de ferro.

G: Me deixa em paz pá pá pá. Abaixa a arma...pá-pá-pá... Passa o brinco.

(Tenta prender minhas mãos)

G: Pronto, agora eu quero ouvir o que eu falei .

(Depois que escuta, ele fica com uma cara triste)

G: Quero minha mãe.

C: Então eu vou telefonar para a sua mãe, para ela vim te buscar.

(telefone)

C: Por favor... você poderia pedir para a mãe do G. vim pegar ele, que nós já terminamos?

G:Eu quero embora.

C: Sua mãe já vem, eu já telefonei para ela vim.

G: E quero a minha mãe, quero embora.

(Ele saiu da sala e ficou do lado de fora, brincando de esconder de mim. Ele descobriu que a mãe estava na sala ao lado conversando com a psicóloga, ele começou a bater na porta da sala da psicóloga sem parar. Eu pedi para ele ficar esperando comigo a mãe dele, mas ele não parava. A mãe então, abriu a porta e o deixou entrar. Depois de um tempo ele passou pela sala que eu estava (a sala que tinha sido a aplicação) e foi se despedir de mim.)