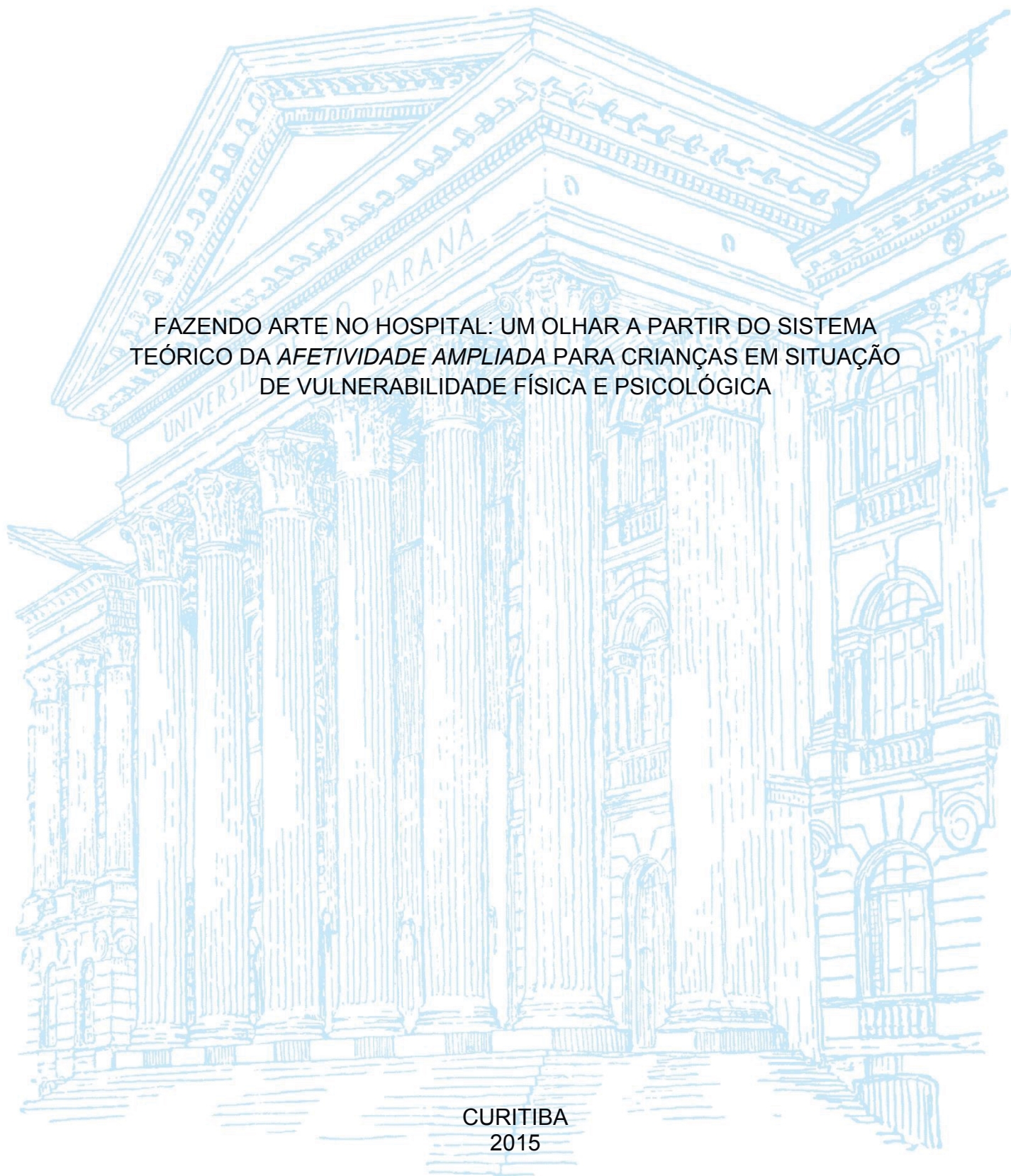


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULA CAROLINE DE SOUZA

FAZENDO ARTE NO HOSPITAL: UM OLHAR A PARTIR DO SISTEMA
TEÓRICO DA AFETIVIDADE AMPLIADA PARA CRIANÇAS EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE FÍSICA E PSICOLÓGICA

CURITIBA
2015



PAULA CAROLINE DE SOUZA

FAZENDO ARTE NO HOSPITAL: UM OLHAR A PARTIR DO SISTEMA
TEÓRICO DA *AFETIVIDADE AMPLIADA* PARA CRIANÇAS EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE FÍSICA E PSICOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação
em Educação, Setor de Educação, da Universidade
Federal do Paraná, Linha de pesquisa Cognição,
Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helga Loos-Sant'Ana

CURITIBA
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE
BIBLIOTECAS/UFPR-BIBLIOTECA DO CAMPUS REBOUÇAS
MARIA TERESA ALVES GONZATI- CRB 9-1584
COM OS DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Souza, Paula Caroline de.

Fazendo arte no hospital : um olhar a partir do Sistema Teórico de Afetividade Ampliada para crianças em situação de vulnerabilidade física e psicológica / Paula Caroline de Souza. – Curitiba, 2015.
252 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação
Orientadora: Profª. Drª Helga Loos-Sant'Ana

1. Hospitais – Artes e crianças. 2. Crianças e adolescentes– Assistência hospitalar. 3. Crianças e adolescentes – Problemas emocionais. 4. Psicologias diferenciais. I. Universidade Federal do Paraná. II. Título.

CDD 155



PARECER

Defesa de Dissertação de Paula Caroline de Souza para obtenção do Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO. Os abaixo assinados, Prof.^a Dr.^a Helga Loos-Sant'Ana, Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira, Prof.^a Dr.^a Berenice Marie Ballande Romanelli, Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Cebulski, arguíram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: "FAZENDO ARTE NO HOSPITAL: UM OLHAR A PARTIR DO SISTEMA TEÓRICO DA AFETIVIDADE AMPLIADA PARA CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE FÍSICA E PSICOLÓGICA".

Procedida a arguição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está Apta ao Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
Prof. ^a Dr. ^a Helga Loos-Sant'Ana		Aprovada.
Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira		Aprovada
Prof. ^a Dr. ^a Berenice Marie Ballande Romanelli		Aprovada
Prof. ^a Dr. ^a Márcia Cristina Cebulski		Aprovada

Curitiba, 30 de março de 2015.

Prof.^a Dr.^a Monica Ribeiro da Silva
Coordenadora do PPGE

Prof.^a Dra. Monica Ribeiro da Silva
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação
Matrícula: 125750

Dedico este trabalho a Bernardo, Paul Rodriguez e Paolo Guerrero, vidas mais que especiais que transformaram a minha, para sempre.

Este trabalho também é dedicado em homenagem a Paulo Roberto de Souza, o amor mais sublime que alguém pode viver e o pai mais extraordinário que alguém pode ter.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser concluído sem o carinho, apoio, incentivo e a confiança de muitas pessoas na realização do mesmo. Foi um longo processo onde pude vivenciar muitas experiências, às quais hoje reconheço como fundamentais no meu crescimento profissional, e ainda mais, pessoal.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Helga Loos-Sant'Ana pela confiança que foi depositada, desde o início, neste projeto. Apesar de tantos percalços que precisamos enfrentar, ela nunca deixou e nunca deixará de ser uma referência para mim, tanto como professora e pesquisadora, quanto como ser humano. Meu profundo amor e admiração por sua pessoa e a mais sincera gratidão pela sua existência, e por tudo o que fez para que esta etapa fosse finalizada.

Agradeço aos meus queridos pais, Vani e Paulo, pelo amor dedicado, pela parceria, pela preocupação e cuidado típicos de pais, e por compartilharem comigo, às suas maneiras, as angústias e as conquistas que este trabalho proporcionou. Agradeço imensamente o apoio e nunca esquecerei da alegria que eles demonstraram quando este trabalho foi finalizado e apresentado; me emociono ao lembrar deste momento.

Especialmente agradeço por todo o amor e carinho que meu pai sempre dedicou a mim, por sempre ter sido presente em minha vida, pelas caronas para a escola, para a universidade, para o hospital e pela cidade, por sempre ouvir minhas histórias e também por dividir comigo as suas. Agradeço pela companhia, pelos cafés quentinhos da manhã e pelos cafés noturnos (para dormir bem) e também, por sempre me fazer rir. Nunca vou conhecer alguém com tamanha capacidade de me divertir por tantos anos como ele. A meu pai, o amor da minha vida, meu amor mais sublime e eterno por todos os dias da minha vida, minha mais profunda gratidão por ser o meu pai.

Eu também não posso esquecer de pessoas fundamentais que me apoiaram ao longo dos estudos, do processo de escrita, do trabalho empírico e que estiveram ao meu lado nesses anos do Mestrado. Gratidão ao Guilherme, pela companhia e pelo significativo apoio que ofereceu para eu tentar a prova de seleção do mestrado, também agradeço pelas inúmeras ajudas com traduções e por sempre se mostrar muito disposto em me auxiliar, com tanto

carinho. Também sempre serei grata ao Giovani por literalmente, ter me segurado no colo inúmeras vezes que eu simplesmente apagava de sono pelo cansaço. Nunca esquecerei dos sorvetes de pistache, dos chocolates e das flores trazidas para mim enquanto eu estava estudando, e até no dia da defesa. Eu sempre serei grata e guardarei as melhores e mais doces lembranças desses momentos. Minha profunda gratidão pelo amor, parceria e apoio sempre prestados pelo meu querido Henry. Agradeço imensamente pelo incentivo constante, pelas cobranças e pela ajuda com as formatações deste trabalho (que não foram poucas).

O que seria da vida sem os amigos? A minha mais profunda gratidão e amor pelas pessoas especiais que estiveram comigo e entenderam a minha reclusão e ausência em tantos momentos. Agradeço com profundo amor a Cinthia, Mariana, Marcela, Erwin, Dalila, Kenedy, Gabrielle Farah, Gabrielle Martins, Letícia, Karina, Marlon e Gabriel por todos os momentos que compartilharam comigo, por tantas vezes serem companhia enquanto eu estudava e também quando eu precisava descansar. São pessoas incríveis e penso que não poderia ter amigos melhores. Aproveitando o agradecimento aos amigos, a minha potiguara, Isis, não poderia estar de fora. Serei sempre grata por todo apoio à distância e por compartilhar comigo às suas lutas e conquistas do seu mestrado.

Às melhores colegas e amigas que fiz no mestrado: Maria Eunice, Hellen, Neyre, Mônica, Paula, Camila, Dulciléia, Aline, Sina, Cristiane e Girlane. Eu só tenho as melhores lembranças de vários momentos que compartilhei com elas e sou grata por ouvirem minhas histórias e experiências, e por compartilharem tantos aprendizados. Agradeço os almoços, cafés, caronas e encontros, sempre muito alegres e divertidos, apesar dos inúmeros desabafos de todas as ordens possíveis e também as ajudas muito significativas.

Gostaria de registrar meu profundo agradecimento aos autores da teoria utilizada para embasamento deste estudo, o *Sistema Teórico da Afetividade Ampliada*, Prof.^a Dr.^a Helga Loos-Sant'Ana e Prof. Dr. René Sant'Ana-Loos. Todo meu afeto por todos os aprendizados e meus mais sinceros votos para que o desenvolvimento da teoria continue sempre avançando e alcançando o maior número possível de pessoas, quebrando paradigmas e dicotomias,

buscando sempre levar o lema das melhores interações para formar melhores pessoas.

Agradeço o apoio da psicóloga Clarice Ricobom. Eu nunca poderei retribuir tudo o que ela fez e faz por mim. Toda a minha admiração e amor por sua pessoa, pois ela é uma referência crucial e eterna na minha vida. Só posso registrar a minha mais profunda gratidão, eterna gratidão.

Agradeço imensamente aos professores da banca, Prof.^a Dr.^a Márcia Cebulski, Prof.^a Dr.^a Berenice Romanelli e Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira, pelas contribuições e pela dedicação ao lerem o trabalho, compartilhando um pouco do conhecimento de cada um, ajudando na melhoria deste estudo.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro e aproveito para registrar a minha gratidão e admiração pelos conhecimentos ensinados, pelo carinho e atenção dos professores do PPGE, em especial às queridas Prof.^a Dr.^a Tamara Valente, Prof.^a Dr.^a Sandra Guimarães, Prof.^a Dr.^a Araci Asinelli-Luz, Prof.^a Dr.^a Tania Stoltz, Prof.^a Dr.^a Lídia Weber e Prof.^a Dr.^a Clara Mindal. Aproveito para registrar ainda meu agradecimento aos funcionários do PPGE da Universidade Federal do Paraná pela atenção despendida aos alunos.

E falando em alunos, eu não posso deixar de mencionar o quanto sou grata pela minha profissão e pelos meus alunos do Ensino Fundamental II. Por toda a energia, carinho, amor e confiança que depositam em mim. Eu tenho certeza que meus alunos são uma das razões do meu viver.

Não ficariam de fora os agradecimentos à toda a equipe de gestão e de Enfermagem da Hemato/Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná pela acolhida, pelo carinho e pelo reconhecimento do trabalho. Nunca me esquecerei de tudo o que me proporcionaram vivenciar, das trocas e dos ensinamentos. Minha mais sincera gratidão e admiração pelo trabalho da equipe. Eu sempre sentirei saudade de todos.

E por fim, mas não menos importante, agradeço aos participantes da pesquisa e seus acompanhantes pela oportunidade de conhecê-los, e de permitirem que eu pudesse estar com eles em momentos tão significativos e importantes. Talvez eles não dimensionem o quanto transformaram a minha vida e o quão marcante foi essa experiência. Talvez, nunca tenham ideia do quanto eu realmente precisei dessa experiência na minha “bagagem da vida”. Eu nunca esquecerei de nenhum deles, por toda a minha existência.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl G. Jung)

RESUMO

O foco da presente pesquisa está na busca de compreensão dos processos de desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes hospitalizados, com auxílio de atividades artísticas. Fundamenta-se, principalmente, em premissas do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA). O referido aporte teórico aponta que temos vivenciado crises interacionais de diversos tipos, as quais possuem um papel importante nos processos de adoecimento. Defende, ainda, que a crise que se manifesta por meio da enfermidade pode vir a se tornar, se bem manejada, uma oportunidade significativa de construção de recursos psicológicos para a superação de adversidades. Este processo de construção é explicado pelo STAA com base na proposta de entendimento da dinâmica psíquica que articula quatro fenômenos psicológicos básicos, os quais são constituintes da *Célula Psíquica: resiliência, self, identidade e alteridade*. Tais instâncias são mobilizadas pela catarse, que é facilmente proporcionada pelo engajamento com a Arte. A fase empírica do estudo foi realizada na Unidade de Internamento de Hemato/Pediatria de um Hospital Universitário localizado no município de Curitiba (PR), com uma amostra de três participantes, sobre os quais foram realizados Estudos de Caso. O objetivo foi coletar indicadores da ocorrência de transformações na Célula Psíquica e buscar demonstrar a articulação de fenômenos psicológicos e fisiológicos na experiência dos participantes com a doença. Comprovou-se a importância da interação de indivíduos enfermos e em crise com figuras que proporcionam apoio (relações de alteridade), tanto em nível humano como instrumental. Indicadores consistentes também foram obtidos acerca da elaboração psíquica (com possibilidades de transformação interna e externa) através da catarse, possibilitando aos indivíduos expandir seus recursos resilientes e reorganizar suas referências sélficas e identitárias, exercitando novas habilidades e possibilidades vitais.

Palavras chave: Hospitalização. Arte. Desenvolvimento Humano. Afetividade Ampliada. Resiliência.

ABSTRACT

The focus of this study lays on the search of comprehension of psychological development processes among hospitalized children and teenagers, with artistic activities assistance. The *Theoretical System of Expanded Affectivity* (TSEA) is the main foundation of the study. This theoretical contribution points out that humans have been living all sorts of interactional crisis, which contains a major roll regarding sickening processes. However, crisis expressed by illnesses can become, if well managed, an important opportunity for the construction of psychological resources on overcoming adversities. According to TSEA, this construction process depends on the understanding of psychic dynamics, particularly the interdependence involving four basic psychological phenomena encompassed in the *Psychic Cell*: *resilience*, *self*, *identity*, and *alterity*. Catharsis provided by the engagement with Arts can strongly mobilize and renovate such psychological processes. The empirical phase of this study took place in a Hematology Pediatric Internment Unity in a University Hospital located in the city of Curitiba (Paraná - Brazil), with a sample of three participants, by means of Case Studies technic. The goal of the empirical phase was to collect indicators of the occurrence of transformations related to the Psychic Cell, establishing some significative links between psychological and physiological phenomena experienced by participants. The importance of relations plenty of alterity with people capable to provide support in such situations was evident, in both human and instrumental levels. Consistent indicators regarding psychic elaboration (conveying intern and extern possibilities of transformation) with benefit of catharsis were also possible to observe. Participants demonstrate capacity of mobilizing resilient resources and reorganizing their self and identity references, exercising new abilities and vital possibilities.

Key words: Hospitalization. Art. Human Development. Expanded Affectivity. Resilience.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Produções científicas brasileiras que abrangem os constructos “hospitalização” e “arte” no período de 2004 a 2012.....	58
Quadro 2	Distribuição de referências bibliográficas obtidas nas bases de dados de acordo com as palavras-chave estabelecidas.....	59
Quadro 3	Ações sugeridas pelos participantes como estratégias de enfrentamento às adversidades.....	135
Quadro 4	Eixos norteadores da análise de dados.....	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS RELAÇÕES QUE PODEM SER ENCONTRADAS ENTRE AS PRÁTICAS ARTÍSTICAS E ALGUNS DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS MOBILIZADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE HOSP.....	29
Figura 2	ETIMOLOGIA DA PALAVRA DESENVOLVIMENTO.....	38
Figura 3	ESTRUTURA BÁSICA TRIÁDICA DE UMA CÉLULA BIOLÓGICA.....	87
Figura 4	ESTRUTURA DA CÉLULA PSÍQUICA E SUAS DIMENSÕES.....	89
Figura 5	DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR...”	136
Figura 6	DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE O QUE ESTÁ ACONTECENDO...”	137
Figura 7	DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE VOCÊ QUANDO...”	138
Figura 8	DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ A PARTIR DA IDEIA DE AUTORRETRATO.....	138
Figura 9	DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE VOCÊ QUANDO...”	139
Figura 10	DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ.....	139
Figura 11	DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ.....	140
Figura 12	DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO-O NO ATUAL MOMENTO.....	140
Figura 13	DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO ELE MESMO DAQUI DEZ ANOS.....	141
Figura 14	DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE O QUE ESTÁ ACONTECENDO...”	141

Figura 15	DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR...”... 142
Figura 16	DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR...”... 142
Figura 17	DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR...”... 143
Figura 18	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS EIXOS DE ANÁLISE E SUAS CATEGORIAS..... 147
Figura 19	DESENHO DE PAOLO GUERRERO 1..... 154
Figura 20	DESENHO DE BERNARDO 1..... 164
Figura 21	DETALHE DO DESENHO DE BERNARDO..... 165
Figura 22	DESENHO DE PAOLO GUERRERO 1..... 171
Figura 23	FOTO TIRADA POR PAOLO GUERRERO..... 174
Figura 24	PAUL RODRIGUEZ PINTANDO COM AQUARELA.... 179
Figura 25	AUTORRETRATO DE PAUL RODRIGUEZ..... 180
Figura 26	REPRODUÇÃO DE OBRA DE VIK MUNIZ INTITULADA AUTORRETRATO (ESTOU MUITO TRISTE EM TE DIZER, DEPOIS DE BAS JAN ADER). (2003)..... 181
Figura 27	PAUL RODRIGUEZ PRODUZINDO SUA RELEITURA 181
Figura 28	RELEITURA DA OBRA DE VIK MUNIZ REALIZADA POR PAUL RODRIGUEZ COM PAPÉIS COLORIDOS..... 182
Figura 29	CAPTURE DE TELA DE POSTAGEM DA RELEITURA FEITA EM REDE SOCIAL POR PAUL RODRIGUEZ... 182
Figura 30	CAPTURE DE TELA DE POSTAGEM FEITA EM REDE SOCIAL POR PAUL RODRIGUEZ A RESPEITO DA PESQUISADORA..... 183
Figura 31	FOTOGRAFIA REGISTRADA POR BERNARDO..... 189
Figura 32	DESENHO DE PAOLO GUERRERO 2..... 195
Figura 33	DESTAQUE DO DESENHO DE PAOLO GUERRERO. 196
Figura 34	DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ 3..... 201
Figura 35	DESENHOS DE BERNARDO REPRESENTANDO O PRESENTE E O FUTURO..... 206
Figura 36	DESENHO DE BERNARDO 2..... 209

Figura 37	DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO O SÍTIO.....	214
Figura 38	FOTOGRAFIA DE BERNARDO EM UM MOMENTO DE DESENHO.....	214

SUMÁRIO

PARTE I - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

INTRODUÇÃO.....	18
JUSTIFICATIVA.....	25
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	27
OBJETIVOS.....	27
PRESSUPOSTOS.....	28

PARTE II – MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

1. HOSPITALIZAÇÃO	
1.1 A condição de hospitalização de crianças e adolescentes.....	30
1.2 Humanizando espaços hospitalares.....	33
1.3 A doença como crise.....	35
1.4 Promoção de desenvolvimento humano na hospitalização.....	38
1.5 O papel fundamental da resiliência na vivência hospitalar.....	42
2. ARTE	
2.1 Arte na vida humana.....	44
2.2 Arte e catarse.....	49
2.3 Arte no hospital.....	54
3. SISTEMA TEÓRICO DA <i>AFETIVIDADE AMPLIADA</i> (STAA)	
3.1 As dicotomias e os dualismos no processo de produção de conhecimento: um breve percurso pela história da ciência.....	61
3.2 Uma nova maneira de perceber as interações e a realidade da educação.....	69
3.3 Os sistemas dinâmicos e interacionais em foco.....	76
3.4 Célula Psíquica: um modelo dinâmico de organização da psique..	84
3.4.1 A “membrana” da Célula Psíquica: Dimensão Configurativa por meio da Identidade.....	90
3.4.2 O “citoplasma” da Célula Psíquica: Dimensão Recursiva por meio do <i>Self</i>	91

3.4.3 O “núcleo” da Célula Psíquica: Dimensão Criativa e ampliadora por meio da Resiliência.....	92
3.4.4 O “meio extracelular” - Permeabilidade: a Dimensão Moduladora por meio da Alteridade.....	95
3.4.5 A Célula Psíquica em funcionamento.....	96
3.5 O STAA e a Arte.....	98

PARTE III – METODOLOGIA

1. CONTEXTO GERAL DA PESQUISA.....	103
2. PARTICIPANTES.....	104
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	105
3.1 Critérios de inclusão.....	105
3.2 Critérios de exclusão.....	105
3.3 Análise crítica de riscos e benefícios.....	106
4. PROCEDIMENTOS.....	108
5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	109
5.1 Diário de campo.....	110
5.2 Captação de áudio.....	111
5.3 Contação de histórias.....	111
5.4 Pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento de adversidades.....	112
5.5 Desenhos-estórias.....	113
5.6 Fotovoz.....	117
6. PROCESSO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	119

PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA.....	117
2. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	121
2.1 Paolo Guerrero.....	122
2.2 Paul Rodriguez.....	126
2.3 Bernardo.....	129
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	134

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	144
4.1 Instalação e manifestação da crise nos participantes.....	149
4.1.1 Instalação e manifestação da crise em Paolo Guerrero.....	151
4.1.2 Instalação e manifestação da crise em Paul Rodriguez.....	155
4.1.3 Instalação e manifestação da crise em Bernardo.....	159
4.2 Apoio/intervenção externos.....	165
4.2.1 Exemplos de apoio externo no caso de Paolo Guerrero.....	168
4.2.2 Exemplos de apoio externo no caso de Paul Rodriguez.....	174
4.2.3 Exemplos de apoio externo no caso de Bernardo.....	184
4.3 Elaboração psíquica: Catarse, resiliência e reorganização id.	189
4.3.1 Elaboração psíquica em Paolo Guerrero.....	193
4.3.2 Elaboração psíquica em Paul Rodriguez.....	199
4.3.3 Elaboração psíquica em Bernardo.....	204
4.4 Sessões extras.....	215
4.5 Discussão Geral.....	218
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
REFERÊNCIAS.....	235
ANEXO A	
ANEXO B	
APÊNDICE A	

PARTE I - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

INTRODUÇÃO

A problemática que inspirou o presente estudo tem origem em questionamentos sobre a qualidade das interações que vivenciamos, especialmente no que tange às interações que afetam o desenvolvimento humano. Percebemos, frente a nossa realidade, graves problemas interacionais em diferentes esferas da vida. Às vezes, parece-nos até mesmo que estamos em um mundo em completo caos e desequilíbrio. O mundo está repleto de violência, preconceito e egoísmo. As pessoas muitas vezes esquecem do próximo e agem apenas visando o seu próprio bem – ou, pior, sua própria conveniência (que nem sempre coincide com o que seria realmente bom para si). A maioria das religiões tem como princípio o amor e o respeito para com o próximo. Mas, juntamente com os crescentes questionamentos sobre o valor da religiosidade e da espiritualidade para a vida humana, esses valores tantas vezes têm sido perdidos ou distorcidos, assim como a própria busca do bem. Dia após dia presenciamos interações desumanas. Apesar disso, ansiamos por dias melhores: desejamos melhores interações, experiências menos traumáticas, melhor qualidade de vida, desenvolvimento em seu sentido pleno.

A ciência traduz muito das interações que construímos com o mundo, na busca de melhor entendimento da realidade. Porém, em sua eterna procura por respostas, a ciência, com o tempo, acabou tornando-se demasiadamente fragmentada (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2013). Na ânsia de aprofundar, cada vez mais, o conhecimento, o homem criou diversas especializações que se tornaram “hiperespecializações¹” e que, por fim, perderam-se do todo e não interagem mais umas com as outras (MORIN, 2011).

¹ Este é um fenômeno que ocorre uma "excessiva especialização" em algum campo específico do conhecimento e nas profissões. O mesmo produz "um conhecimento tão fechado em seu próprio âmbito que acaba ocorrendo uma incapacidade de se gerar uma visão global da realidade ou ver as partes dentro de um todo.

Lima *et. al* (2009) afirmam, ainda, que vivemos em um tempo no qual ocorre uma grande desvalorização de outras formas de conhecimento que não sejam comprovadas e controladas por meio de experimentos. Essa forma positivista e empirista de lidar com o conhecimento vem invadindo todas as áreas do saber e todas as instituições humanas. As Ciências da Saúde foram constituídas sobre tais padrões: é visto como ciência apenas aquilo que é estritamente mensurável e objetivável, como se essa característica definisse e diferenciasse a “verdadeira ciência”. Este formato de conhecimento baseado no empirismo foi também levado para os hospitais, locais destinados ao restabelecimento da saúde da população em geral, e muitas vezes, tratando com muito preconceito ou até mesmo indiferença, qualquer outra forma de entendimento dos processos de saúde e doença, e, conseqüentemente, de intervenção. É importante salientar que tal ocorrência acontece, muitas vezes, por falta de conhecimento da amplitude dos fenômenos biopsicossociais.

Contudo, o próprio conceito de saúde, erigido sobre tais premissas, torna-se questionável. A Política Nacional de Humanização (PNH) sustenta que um dos desafios para a reforma da saúde pública no Brasil é “[...] superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural” (BRASIL, 2012, p. 15). Um ser humano saudável não é, então, apenas um ser humano que está biologicamente saudável: sua saúde envolve também equilíbrio em todos os eixos que constroem uma pessoa e seu ambiente além do biológico, como seus aspectos psicológicos, subjetivos, históricos e sociais.

Mello Filho (1992) defende que, para a prática de uma medicina integral, é necessário que se reflita sobre o adoecer e as atuais práticas de saúde, vislumbrando o complexo jogo de causas e efeitos presentes na evolução de uma doença. Compreender tal conceito é perceber um indivíduo único como um todo e tratar não só de sua doença física, mas praticar o verdadeiro sentido do CUIDAR. *Cuidar* é uma palavra que vem do latim, derivada de *cogitare*, que significa “pensar, cogitar”. Assim, “ter cuidado” com uma situação ou pessoa envolve pensamento e planejamento. O sentido desse termo pode referir-se tanto a cautela quanto a zelo: Em qualquer um dos sentidos, devemos nos preparar se algo merece o nosso *cuidado*. Leonardo

Boff (1938-), teólogo, escritor e professor brasileiro escreveu um livro sobre o cuidado. Segundo o autor, a falta de atitudes de cuidado são as causas dos maiores problemas enfrentados pela humanidade. “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2014, p. 33).

O ato de cuidar no sentido de zelar e proteger exige empenho, esforço, dedicação e responsabilidade: elementos análogos àqueles que precisam estar presentes no ato de educar. Tanto cuidar (zelar, tratar) quanto educar, são ações que, necessariamente, requerem uma boa interação entre mediador e mediado. Isso significa que essa interação deve estar fundamentada em uma relação de alteridade e confiança, pois o mediador é uma figura de referência e um fator de apoio/proteção para quem está sob seus cuidados. O mediador deve ser capaz de conduzir o mediado a um objetivo principal: seu desenvolvimento.

Existem várias profissões onde o profissional que cuida de alguém é, basicamente, um mediador ou condutor: professores, psicólogos, terapeutas em geral, enfermeiros, médicos, somente para citar alguns exemplos. Na área da saúde, conduzir uma pessoa ao restabelecimento é, sem dúvida, (re)conduzir a pessoa ao seu caminho de desenvolvimento, da melhor forma possível.

Nesse sentido, o presente estudo preocupa-se em explorar algumas formas de condução do desenvolvimento em uma pessoa enferma e que enfrenta uma situação de hospitalização, para além do tratamento medicamentoso, procurando investigar possibilidades de oportunizar que estas, tenham o potencial de complementar o entendimento da situação de doença e, portanto, de intervenção. Esta pesquisa parte da premissa de que uma doença não é um acontecimento exclusivamente físico, mas que existem aspectos afetivo-emocionais e interacionais/contextuais envolvidos na história de evolução de uma enfermidade. Isso porque nossa saúde não envolve apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos (afetivo-emocionais e intelectuais), sociais, contextuais, espirituais, pois somos parte de uma rede de interação de fenômenos existentes no universo. É importante diligenciar o rompimento de uma visão mecanicista, cartesiana e reducionista do ser

humano, pautando-se em uma visão mais ampliada do diverso campo de possibilidades de experiência e de existência.

Sabe-se que muitos dos problemas enfrentados hoje em nossa sociedade é de ordem *interacional*, ou seja, de interações instáveis ou desequilibradas das pessoas entre si e com objetos e fenômenos de ordem instrumental. “*Interação*” pode ser aqui entendida como um conjunto de afetos, que obedecem à *lógica do “afetar e ser afetado”* (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013b), que envolve todos os participantes de uma relação interacional. O verbo *afetar*, aqui posto em evidência, pode ser entendido como “atingir”; “concernir”; “dizer respeito a”; “acometer”; “comover” (HOUAISS, 2009). Assim, somos afetados (atingidos) por diversas coisas, ao mesmo tempo que afetamos (atingimos) tantas outras; porém, muitas vezes, não conseguimos organizar ou harmonizar todos esses “afetamentos”, gerando desequilíbrios de diversas ordens. Desta perspectiva, pretende-se demonstrar a importância da presença de outros elementos no tratamento ou intervenção que visa restabelecer a saúde, não só o tratamento físico/biológico que a medicina tradicionalmente proporciona. Almeja-se apresentar alguns dos diversos fenômenos psicológicos que são mobilizados em uma pessoa hospitalizada e que afetam sua saúde (bem-estar, equilíbrio), bem como entender e investigar possibilidades de intervenção que a auxiliem a continuar promovendo seu desenvolvimento da melhor forma possível, buscando a superação da *crise* instalada devido à condição em que se encontra e tornando viável a obtenção de possibilidades de vida mesmo diante de uma situação de vulnerabilidade física, psicológica e social. Defende-se que não deveria existir dicotomização² entre a doença e o ser doente, uma vez que ambos são o mesmo fenômeno – o tratamento para o restabelecimento da saúde (da vida e do desenvolvimento) deve ser integral.

Situa-se aqui, o exemplo de uma criança, um ser que se encontra em plena dinâmica do seu desenvolvimento em todas as suas dimensões, apresentando o desenvolvimento que lhe é possível de acordo com uma diversidade de fatores com os quais interage ao longo da sua vida. O

² Segundo o dicionário Michaelis da língua portuguesa, dicotomização significa: 1. Ato ou efeito de dicotomizar; estado de dicotomizado; 2. Classificação, separação ou agrupamento por dicotomia. 3. Divisão, repartição em duas partes.

desenvolvimento infantil ocorre conforme a criança se envolve ativamente com o ambiente físico e social, assim como as maneiras que ela os compreende e os interpreta. Supondo que porventura, esta criança adoença e passa a necessitar de um período de hospitalização para tratamento. Neste momento, será inevitável que o seu processo de desenvolvimento seja afetado por diversos fenômenos, dentre eles, as limitações que o diagnóstico clínico por si só, impõe. Independentemente do tempo de permanência em uma instituição de saúde, o tratamento deve ser considerado em sua totalidade, buscando prevenir ou amenizar possíveis perturbações em todos os âmbitos que totalizam aquela criança.

O presente trabalho tem por finalidade, assim, lançando mão de conhecimentos sobre a psicologia humana e valorizando o papel da Arte, explorar possibilidades da construção de um caminho que auxilie a superação das fragmentações e dicotomias existentes no conhecimento – em especial, nos conhecimentos a respeito da promoção do desenvolvimento em relação ao tratamento de saúde de crianças que estão em situação de hospitalização razoavelmente prolongada.

Resgata-se, aqui, John Cage (1912-1992), que foi um professor e autoridade em história da arte e da cor, que citou em sua obra “A cor na arte” um dos mais influentes professores e teóricos da arte infantil: Franz Cizek (1865-1946). Cizek, que acreditava no valor terapêutico da Arte, especialmente da música e da cor, afirmava que as crianças doentes seriam ajudadas se pudessem fazer “belas pinturas”. (CAGE, 2012, p. 50).

Lima *et. al* (2009) argumentam que, em diversos locais do mundo, a arte tem sido uma forte aliada em tratamentos médicos convencionais. Diversas formas de fazer artístico têm sido produzidas em hospitais, como pintura, leitura de histórias, desenhos, músicas e teatro *clown*, por exemplo. Os autores dão o exemplo do projeto brasileiro de teatro *clown* idealizado nos anos 90 intitulado “Doutores da Alegria” e afirmam que, através de oficinas lúdicas e da promoção do humor e do riso, os pacientes resgatam o controle sobre seu corpo e suas vidas, controle que é geralmente retirado em uma situação de hospitalização.

Como apresentado por Lelis (2004, p. 96), o fazer artístico e a experiência criadora são recursos/instrumentos intrínsecos da Arte como

conhecimento para a expressão/explosão de ideias, percepções, pensamentos, emoções, sentimentos e conhecimentos a respeito de si mesmo e do mundo. A função da Arte no desenvolvimento de um indivíduo deve situar-se no domínio/espço da imaginação e da percepção. A experiência e a interação com instrumentos do campo da Arte (e das suas diferentes linguagens) podem trazer à tona a assimilação a respeito de si mesmo, de sua autonomia e pode, até mesmo, possibilitar o desenvolvimento da esperança e a construção da resiliência, (se vivenciadas em uma situação adversa) fazendo com que uma pessoa se perceba como um ser dotado de habilidades criadoras que podem lhe ser úteis, inclusive em um momento crítico de sua situação de saúde, ajudando-o a se perceber mais resistente e mais capaz de superar suas adversidades. O foco desta pesquisa é empenhar-se em demonstrar como a experiência com o fazer artístico pode contribuir para promover aspectos do desenvolvimento de uma criança hospitalizada, que se encontra afetada por uma doença que muitas vezes a restringe e atrapalha seu desenvolvimento global. Busca-se demonstrar como a presença da Arte e das possibilidades do contato com esse campo do conhecimento no hospital podem permitir a valorização do indivíduo como um ser autônomo e criador, mesmo encontrando-se, no momento, com limitações físicas, vindo ao encontro da ideia principal da Política Nacional de Humanização (PNH) ou, *HumanizaSUS*.

Esta pesquisa conta como aporte teórico principal o *Sistema Teórico da Afetividade Ampliada*, ou STAA (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2013; 2014; SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013a, 2013b; 2013c). Trata-se de uma meta-teoria, ou seja, um instrumento teórico-metodológico que possui, como principal função, ampliar as fronteiras dos conceitos trabalhados na ciência psicológica aliando-os a uma perspectiva interdisciplinar. Ou seja, o STAA pode ser usado como uma teoria-método que “orienta” os outros métodos e teorias a se interrelacionarem, de maneira a (co)ordenar e a atualizar os avanços da compreensão dos fenômenos, colocando-os em uma visão dinâmica de acordo com a afetividade (considerada de modo ampliado, isto é, na lógica do “afetar e ser afetado” mútuo) presente em todos os fenômenos. Esta visão permite, legitimamente, superar as fragmentações e as dicotomias tão persistentes na forma tradicional com que organizamos os conhecimentos na atualidade, além de propor um modelo de desenvolvimento

humano dentro de uma ótica mais abrangente (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013a).

Como estamos todos envolvidos em um grande sistema de interações, em que os fenômenos estão interligados, podemos então pensar que um indivíduo em desenvolvimento (uma criança ou adolescente, no foco da presente pesquisa) e que se encontra doente tem seu desenvolvimento afetado por diversos fatores que se entrecruzam, resultando na necessidade de hospitalização como tentativa de superar a crise que se instalou.

O desenvolvimento humano é um processo contínuo, consequente de interações complexas que envolvem pré-disposições genéticas, questões históricas, culturais, sociais, psicológicas e subjetivas. Silva e Ferreira (2013) descrevem que o desenvolvimento não ocorre apenas porque existe vida ou porque existe crescimento e envelhecimento em níveis biológicos, mas porque uma pessoa passa por experiências precisas ao longo de sua existência que resultam em reorganizações psíquicas constantes do conhecimento de si mesmo e do mundo. As frequentes oportunidades de interação podem conceder a um ser humano os meios de alcançar o seu potencial e o mesmo ocorre com as crianças e adolescentes, que se encontram no auge do seu desenvolvimento em todos os âmbitos.

O fazer artístico e o contato com a Arte e a ludicidade são ferramentas de interação à nível instrumental de si mesmo (expressão e criação) e com mundo (através da apreciação e do próprio desenvolvimento da criatividade e da percepção).

Diante de tais análises consideramos que a criança quando envolvida com a arte e com a ludicidade, cria e percebe os objetos simbólicos. A criança precisa vivenciar ideias em nível simbólico para compreender o significado na vida real. O pensamento da criança evolui a partir de suas ações, razão pela qual as atividades são tão importantes para o desenvolvimento do pensamento infantil. (SILVA, FERREIRA, 2003, p. 4).

Por outro lado, sabe-se que atividades lúdicas e artísticas têm como princípio valorizar a expressão e a criação, além de, segundo Vygotsky (2001), estabelecer o equilíbrio psíquico frente à crise. Wedekin (2015) evidencia que um dos atributos mais poderosos da arte para Vygotsky, “seria promover

elaboração, superação, solução e transformação de sentimentos” (p. 85). Desta forma, este estudo tem por objetivo geral compreender as interações do ser doente em desenvolvimento e como a mediação da Arte em nível instrumental, (como as oficinas artísticas que possibilitam momentos de expressão e criação), e em nível humano, como a interação da mediadora como um fator de apoio, podem proporcionar uma experiência de hospitalização mais humanizada, que afete o desenvolvimento do indivíduo de maneira positiva e amplie suas possibilidades, mesmo em meio a condições adversas. Os dados colhidos serão analisados a partir de eixos de análise fundamentados nas categorias estruturais propostas pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* e discutidos em sua dinamicidade funcional.

JUSTIFICATIVA

O interesse por este projeto de pesquisa surgiu como uma proposta de aprofundar estudos já realizados na graduação de Licenciatura em Artes Visuais no ano de 2011 sobre esse tema. A ideia de trabalhar com crianças hospitalizadas veio de uma forte afinidade com a Psicologia e com a área da Saúde. Para a realização do trabalho de conclusão de curso (TCC), procurou-se pensar, então, em um tema que fosse multidisciplinar (relacionando principalmente Arte e Psicologia), mas que, ao mesmo tempo, fosse um problema de relevância social.

A intenção de integrar Arte e Saúde ganhou força justamente por ser possível perceber, ao longo da vida acadêmica, tantos pré-conceitos com relação à Arte, oriundos de muitos campos do conhecimento, como as áreas biológicas e da saúde e exatas. É possível que tais pré-conceitos advenham da falta de conhecimento do papel social e humanizador da Arte, dentre tantas outras funções desse campo do conhecimento na vida humana. De qualquer forma, tendo certeza de que a Arte pode contribuir para o desenvolvimento humano e para avanços na psique das pessoas, resolveu-se pensá-la aplicada ao cenário do desenvolvimento humano para além do espaço escolar e a ideia de contextualizá-la nos espaços de saúde veio à tona.

O entendimento do conceito de saúde é, assim, ampliado, já que se acredita que “saúde é o equilíbrio biopsicossocial” (MELLO FILHO, 1992, p. 19). A medicina atual investiga e examina meios de se reestabelecer a saúde biológica, mas dois outros importantes aspectos da saúde são, muitas vezes, ou deixados de lado ou abordados de forma superficial e/ou separados do âmbito biológico, como os âmbitos psicológico e social. Parte-se da premissa de que todos são um e mesmo fenômeno, visto que são os três elementos que, juntos, que constituem um ser humano.

A Arte como produção individual, social e cultural, construída ao longo do tempo, vem demonstrando sua imponente presença na história da humanidade. Inúmeros artistas, utilizaram-se da capacidade criativa para se expressar e ao mesmo tempo, tal feito os ajudaram a superar momentos de crise e de adversidades. Dentre eles, podemos citar Frida Kahlo (1907-1954), Coco Chanel (1883-1971), Vincent Van Gogh (1853-1890) e Camille Claudel (1864-1943). Tais artistas carregaram em suas histórias de vida momentos de sofrimento e experiências traumáticas. A criação e a produção artística foram, possivelmente, meios de elaborar, processar e tornar mais saudáveis suas emoções e sua subjetividade (OUTEIRAL, 2013).

Além disso, trabalha-se aqui contra a desumanização³ muitas vezes ocorrida no Sistema de Saúde, pois este fato demonstra claramente a falta de qualidade de interação, de afetividade, alteridade, de cuidado e zelo entre as pessoas. A preocupação com o desenvolvimento psicológico dos indivíduos em situação de hospitalização para além da doença física frequentemente encontra-se escassa, demonstrando, mais uma vez, como os campos do conhecimento humano (sobre si mesmo) não conversam entre si, não interagem: cada um parece fluir em sua esfera restrita, fazendo com que as

³ Em nosso país, a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços demonstraram que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Uma pesquisa de opinião pública conduzida pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2012, demonstrou que, na avaliação dos usuários, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos. Essa avaliação inicial atraiu a atenção para as questões relacionadas ao que se convencionou chamar desumanização em saúde, e resultou em várias ações que culminaram com a instituição da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o Humaniza SUS. (LIMA *et. al.*, 2014, p. 140)

expectativas e demandas, tanto emocionais, quanto psicológicas dos pacientes hospitalizados sejam deixadas em segundo plano como se fossem campos separados do corpo físico. E é exatamente esse o ponto que o presente estudo pretende contestar e afirmar: as coisas não precisam (nem devem) ser assim! Vamos interagir, vamos melhorar as nossas vidas! Afinal, é para isso que a Arte e a Ciência existem.

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A pergunta que norteia o presente estudo pode ser redigida da seguinte forma: *Que relações podem ser encontradas entre as práticas artísticas e alguns dos processos psicológicos mobilizados em crianças e adolescentes em situação de hospitalização?*

OBJETIVOS

Objetivo geral

Investigar como as práticas artísticas podem afetar processos psicológicos de crianças e adolescentes hospitalizadas de maneira a contribuir para a superação da crise e a construção de recursos de desenvolvimento.

Objetivos específicos

- Apontar indicadores de crise apresentados pelos indivíduos hospitalizados, tanto referentes à enfermidade em si como outros, de caráter interacional, adjacentes à condição de doença.
- Analisar o papel da mediação (alteridade) como apoio ao desenvolvimento humano integral de um indivíduo hospitalizado.
- Analisar as estratégias de enfrentamento de adversidades apresentadas situando-as no sistema de referências da dimensão recursiva da

Célula Psíquica proposta pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA).

- Compreender a dimensão da resiliência e seu papel na criação de novos recursos psíquicos através da experiência com atividades artísticas, beneficiando o desenvolvimento.

- Identificar indicadores de atualizações realizadas pelo indivíduo em seu sistema identitário considerando a lida com a situação de ameaça à integridade física e psíquica devido à doença.

PRESSUPOSTOS

- Situações de doença e hospitalização podem ser um alerta de que interações mal geridas estão ocorrendo no contexto de experiências do indivíduo, trazendo consequências em nível físico e psicológico e comprometendo o desenvolvimento saudável.

- Atividades de cunho lúdico e artístico podem auxiliar no entendimento do participante da pesquisa de sua situação de hospitalização e minimizar os eventuais efeitos negativos da enfermidade, trazendo-o à reflexão de sua autonomia como um indivíduo criador e em contínuo desenvolvimento, apesar da condição de saúde adversa.

- A *Afetividade Ampliada* é um sistema teórico útil na explicação de processos envolvidos no desenvolvimento humano e as categorias *identidade*, *self*, *alteridade* e *resiliência* (constituintes da *Célula Psíquica*) (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013c) podem ser empregadas para análise e referência de intervenção, vindo a contribuir para a superação da crise e o consequente desenvolvimento da criança hospitalizada.

- A doença física é um fenômeno que também tem origem em aspectos psicológicos internos – já que não se considera, nesse estudo, mente e corpo como elementos separados, mas, sim, unidos e em constante interação. Dentro dessa perspectiva, pode-se pressupor que a manifestação de uma doença física é a expressão da forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo, cercada de processos psicológicos com determinada organização que

articula alguns elementos fundamentais que concebem as chamadas *categorias*, ou *núcleos de significação*.

O presente estudo busca evidenciar a ideia de interconectividade e dinamicidade de fenômenos interacionais, ou seja, como um *afeta* o outro. O quadro a seguir demonstra um esquema gráfico e conceitual desta hipótese formulada a partir do problema de pesquisa e do aporte teórico utilizado:

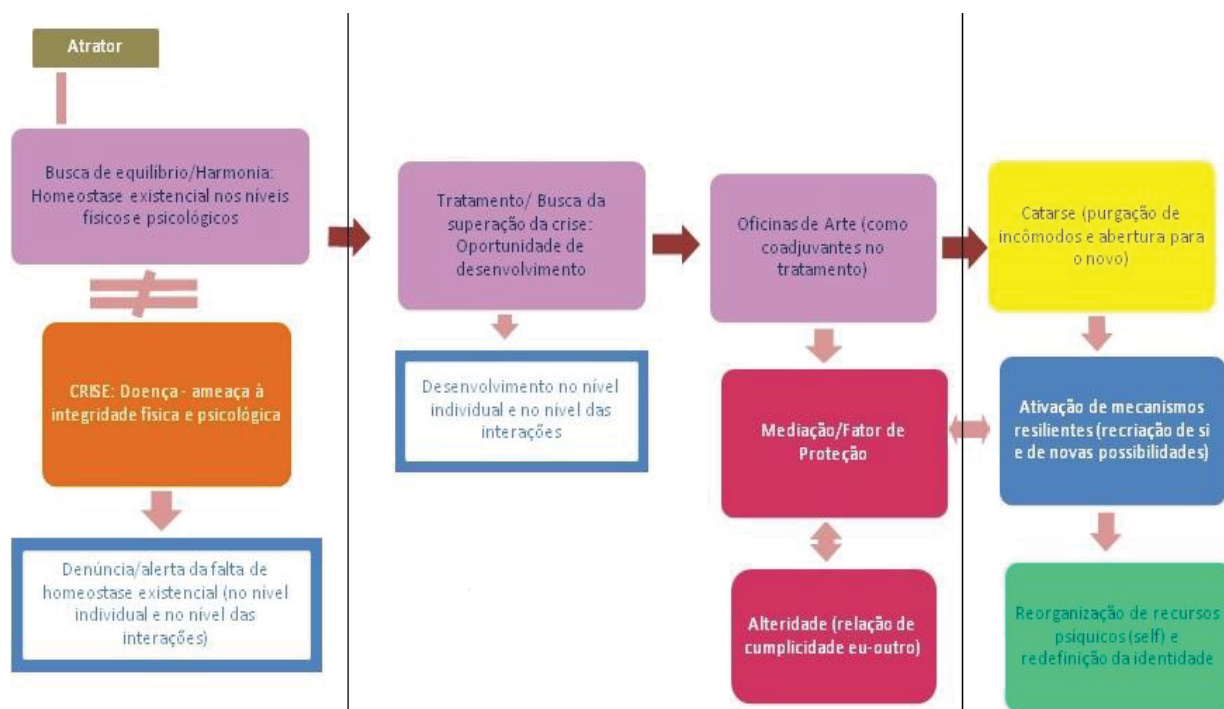


Figura 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS RELAÇÕES QUE PODEM SER ENCONTRADAS ENTRE AS PRÁTICAS ARTÍSTICAS E ALGUNS DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS MOBILIZADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO

PARTE II – MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

1. HOSPITALIZAÇÃO

1.1 A condição de hospitalização de crianças e adolescentes

Durante o percurso da vida, todos nós interagimos com o mundo ao nosso redor de variadas maneiras. Aprendemos a fazer isso em diferentes níveis conforme nos desenvolvemos, pois, a interação faz parte da natureza humana – ou, poderíamos dizer, de qualquer ser vivo. Quando um indivíduo se encontra na fase da infância e da adolescência, as interações e relações criadas nessa fase são, frequentemente, mais intensas do que na vida adulta. A criança explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca, estabelecendo interações com pessoas, animais, objetos, ideias, sentimentos e tantas outras coisas que a rodeiam. A interação mútua, à medida que características ambientais sejam favoráveis e oportunidades sejam oferecidas, permite modificações no repertório psíquico da criança, possibilitando então, seu desenvolvimento. Fundamentados em Vygotsky, Fontes e Vasconcelos (2007, p. 281) defendem que “o indivíduo não existe isolado, ele se constrói e constrói o outro na interação.” Seguindo tal ideia, podemos concluir que o indivíduo em desenvolvimento é fruto de uma dinâmica interacionista, pois está em constante interação com as pessoas ao seu redor e com o seu meio. O impacto desse fato é ainda maior levando-se em conta que crianças e adolescentes encontram-se em pleno período de aprendizagem, ávidos por novidades e experiências.

A infância é a fase no qual o indivíduo inicia a construção de suas interações consigo próprio, com o seu corpo e com o ambiente por meio de suas vivências e experiências subjetivas, criando, assim, suas próprias referências sobre si mesmo e sobre o mundo. Para que um indivíduo nessa fase possa percorrer esta etapa de sua vida com êxito é necessário desfrutar de uma boa saúde, em primeiro lugar. Porém, no decorrer de seu

desenvolvimento, as crianças passam também por períodos de doenças, o que muitas vezes pode ser acompanhado de hospitalização.

Nesse caso, a ruptura com o meio onde a criança já está habituada e privações de elementos das quais costumava interagir são imposições que ocorrem e costumam causar grande sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2009). Em troca da sua realidade até então vivida, a criança se vê em meio a um ambiente estranho que contém suas próprias regras e restrições. É claro que o período de hospitalização é bastante relativo e depende da patologia, do tratamento a ser realizado e das respostas do organismo do indivíduo. Mas, de qualquer maneira, a hospitalização pode ser uma experiência traumática, pois as condições que esta oferece podem afetar a criança de uma maneira que os seus desenvolvimentos físico, emocional e intelectual fiquem comprometidos. Segundo Matos e Mugiatti (2006, p. 27),

A vivência prática tem demonstrado que a privação da escola do convívio salutar com seus companheiros pode acarretar ilimitados prejuízos à criança (ou adolescente) hospitalizada, traduzidos em traumas e, muitas vezes, até de alteração de conduta, diante das limitações impostas pelo ambiente hospitalar. É óbvia, portanto, a existência de ressentimentos pela falta da família e de seu meio social, em especial da escola.

O ambiente hospitalar é bastante monótono para crianças e adolescentes, pois não há muitas oportunidades de exploração e interação. Além do ambiente físico estranho, a rotina hospitalar traz a ruptura das atividades cotidianas, ausência dos familiares e amigos (por mais que tenha um acompanhante, que comumente é a mãe, o paciente fica longe de irmãos, primos, avós, colegas). Além da distância de entes queridos e de atividades importantes, o indivíduo hospitalizado enfrenta os procedimentos médicos invasivos, a dor, a desesperança e a angústia. Todas as consequências desses enfrentamentos podem ser potencializadas pela gravidade da doença e agressividade do tratamento, desencadeando na criança reações de *stress*, como o retraimento, o medo, a apatia, o choro, a irritabilidade, entre outras (LIPP, 1991, *apud* MOTTA; ENUMO, 2002, p. 24).

O adoecimento e a hospitalização trazem para a criança vivências muitas vezes ameaçadoras, pois ela é colocada diante da finitude da vida e do

temor à morte, e sua família frequentemente mostra muita insegurança e sofrimento com tal situação (MENÇA; SOUSA, 2013). O hospital é socialmente visto como uma instituição onde ocorre a luta entre a vida e a morte, com muitas incertezas para o final de uma experiência de internação hospitalar. Em processo de desenvolvimento psicológico, as crianças passam por situações estressantes e deprimentes dentro do hospital. A própria hospitalização torna-se uma segunda patologia, pois muitas vezes, os pacientes são expostos a situações constrangedoras, invasivas, além de muitas vezes não se sentirem acolhidos. A rotina hospitalar é rígida, como horários de visita, horários de refeição, horários de repouso, exames, uso de medicamentos, etc.

Uma realidade comum nos hospitais é a acentuada ênfase apenas no aspecto biológico, ou seja, muitas vezes a subjetividade do indivíduo não é considerada com esmero e a pessoa doente acaba se tornando despersonalizada aos olhos de muitos membros da equipe de saúde, sendo identificada por determinado rótulo (normalmente o nome da doença), ficando então, em condições de passividade. O que é certo, segundo Matos e Mugiatti (2006), é que a doença não é só física, mas revestida de características psicossociais. O tratamento médico deveria ser direcionado ao atendimento a uma pessoa levando-se em conta todas as suas dimensões, e não somente a doença. “O aspecto biológico da doença/hospitalização, portanto, não ocorre de forma isolada. Faz ele parte de um intrincado complexo de sistemas, dentre as quais os de natureza psicológica e social se associam num íntimo e intenso entrelaçamento.” (idem, p. 89).

Conforme Papalia e Feldman (2013), a hospitalização é uma influência não normativa na vida desse indivíduo, pois não é um evento comum nessa etapa da vida (dores físicas, isolamento, procedimentos invasivos e interrupção da autonomia do seu próprio corpo), causando um grande impacto no desenvolvimento do indivíduo. Diante desse impacto, sabemos que isso poderá acarretar traumas, dor e sofrimento: “O desenvolvimento psicossocial pode afetar o funcionamento cognitivo e físico. De fato, sem conexões sociais significativas, a saúde física e mental terá problemas.” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 38).

Diante de tal quadro, podemos concluir que a saúde física e a saúde mental serão *afetadas*.

O indivíduo, ao ser hospitalizado, tem sua vida e seu corpo sob controle: sua pressão, sua temperatura, sua alimentação, sua medicação e seus hábitos são controlados. Em função de todo esse controle exercido, não sobra espaço para a subjetividade do paciente. (PINHEIRO, 2009, p. 45).

A condição de hospitalização é uma situação causadora de *stress* e, consequentemente, entropia psicológica (além da entropia física já instalada). Portela (2009) afirma que independente do tempo de permanência em uma instituição de saúde, o tratamento deve ser considerado em sua *totalidade*, incluindo as questões emocionais e subjetivas do indivíduo.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, visa um atendimento pautado na priorização das necessidades biopsicossociais de cada paciente. O plano propõe desafios que propiciem alterações na maneira de trabalhar, acolher e cuidar, e aposta em analogias relacionais, como a escuta e o diálogo para a produção e a gestão do cuidado. (BRASIL, 2012).

1.2 Humanizando espaços hospitalares

Nunes, Santos, Willig e Melnik (2011) apontam que as instituições de saúde enfrentam dificuldades em relação ao despreparo de muitos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva dos indivíduos envolvidos com a instituição, principalmente dos pacientes, tanto em práticas de atenção como em relações entre as pessoas. A PNH (Política Nacional de Humanização) traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todas as pessoas que constituem o SUS (Sistema Único de Saúde).

Greco, Morelato e Ison (2006) explicam que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu *saúde* como “um estado completo de bem estar físico, mental e social”. Nesse sentido, a OMS enfatiza que a saúde não é simplesmente a ausência de enfermidade. Nessa mesma linha de raciocínio,

um dos desafios propostos pela Política Nacional de Humanização para a reforma da saúde pública no Brasil é “Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural.” (BRASIL, 2012, p. 15).

Os autores acima mencionados afirmam que essa visão implica um salto qualitativo, pois se pode perceber a ênfase no estado de *bem estar* do indivíduo, incluindo os âmbitos emocional e social. No caso de alas pediátricas, “[...] humanizar a assistência a crianças e adolescentes hospitalizados significa minimizar os sofrimentos proporcionados pela doença e pelos eventos estressantes típicos da experiência de internação.” (COSTA JUNIOR; COUTINHO; FERREIRA, 2006, p. 111).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente instituiu, em 1995, também os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. A Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 determina, no Art. 9, “[...] o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação e acompanhamento do currículo escolar, durante a sua permanência hospitalar.” A regulamentação salienta tais cuidados como direitos no atendimento à criança hospitalizada, porém a busca de humanização no contexto hospitalar vê esse atendimento de maneira ainda mais ampla: “Preocupados com o bem estar das crianças e adolescentes em tratamento de saúde, os hospitais têm adotado políticas de humanização, que significam respeitar o ser, cuidar humanamente da sua saúde física e emocional.” (PORTELA, 2009, p. 5007).

As políticas de humanização no atendimento hospitalar têm buscado a interação do corpo clínico e demais pessoas atuantes nesse ambiente: funcionários, voluntários, pacientes e acompanhantes. Procedimentos médicos adequados, aliados à ética e ao respeito pelo ser humano, à responsabilidade, a um ambiente acolhedor e ao diálogo interdisciplinar da equipe de saúde, unem-se no sentido de buscar promover o bem estar dos indivíduos hospitalizados e de seus acompanhantes.

Procurar fazer do hospital um ambiente agradável, minimizando a ansiedade e o *stress* gerados em torno do período de internação, é um desafio a ser superado pelo atendimento à saúde no Brasil, priorizando, também, as necessidades psicológicas e sociais do paciente. A humanização na garantia

dos direitos da criança hospitalizada não se limita ao tratamento da doença física somente, mas, também, zela pela promoção do seu próprio desenvolvimento apesar da condição adversa, envolvendo ações que possam amenizar a experiência, muitas vezes negativa e dolorosa, decorrentes da privacidade da sua rotina e dos espaços que lhes são próprios.

1.3 A doença como crise

Fala-se muito sobre o organismo, principalmente em situações de doença, sobre suas reações a determinadas ações e substâncias, como alimentação e medicamentos. Mas o que, de fato, é um organismo? Talvez esse termo não seja compreendido em sua totalidade; mas quando se fala em organismo, faz-se referência a um sistema, a um conjunto de órgãos (estruturas) que, juntos, trabalham para o funcionamento do todo. Essa ideia é muito simples de se compreender ao pensarmos que cada órgão tem seu papel fundamental na dinâmica desse sistema que é o corpo físico.

Sabe-se que o cérebro é o grande “carro chefe” de tal arranjo. E é também esse mesmo órgão que elabora/processa/administra/registra emoções. É o cérebro que liga o nosso organismo físico ao psicológico: um não existe sem o outro. O sistema que, enfim, movimenta a vida, não é apenas material, sendo que o aparelho psíquico também é um elemento desse sistema e que ambos estão em constante interação.

Uma pessoa é uma unidade composta de diversos elementos. O organismo é o conjunto de articulações para integrações de tal unidade. Se somos um sistema complexo, isso quer dizer que cada elemento afeta o outro, pois o todo não funciona sem as partes. Partindo dessa premissa, o físico e o psicológico são parcelas que interagem e se afetam para o mesmo fim: o desenvolvimento da vida. A mente e o corpo estão ligados e interagem entre si e, juntos, produzem sensações como raiva, medo, alegria, tristeza, saúde e doença.

Um organismo, um ser, vive de interações internas e externas. Assim, um indivíduo interage com diversos sistemas: o seu próprio e o de outros, incluindo outras pessoas e demais elementos com os quais se relaciona em

seu ambiente. As interações existem para que o indivíduo possa resolver a sua existência no mundo da melhor forma possível. Um sistema pode, dependendo das condições de interação com o mundo, entrar em estado de desequilíbrio. Logo, a busca do equilíbrio passa a ser fundamental no processo do reestabelecimento para a manutenção da organização como uma unidade.

A *crise* inicia-se onde se instala a entropia – medida de desordem de um sistema (HOUAISS, 2009) –, ou o desequilíbrio, a instabilidade; tal situação é, geralmente, causada por algum problema de caráter interacional. Os seres humanos têm apresentado dificuldades em interagir e reagir de forma adequada às diversas situações da vida. Quando se depara com um desafio, muitas vezes o sujeito não dispõe de recursos psicológicos para lidar com o mesmo e resolver o problema de forma a restabelecer o equilíbrio. Frequentemente, busca válvulas de escape para se distrair do problema ou para compensar a sensação de desconforto e dissipar a ansiedade e a angústia, buscando aliviar os sintomas de *stress*. Porém, o desequilíbrio e a instabilidade permanecem, pois, o problema não é, de fato, resolvido a contento.

Quando tentamos, realmente, resolver o conflito que nos aflige, somos direcionados e ansiamos pela homeostase (o equilíbrio, a estabilidade, a harmonia, a felicidade, ou como se quiser denominar o bem viver): o devir de todos e de todas as coisas, de todos os fenômenos, de todos os sistemas (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2014). Quando os indivíduos não conseguem solucionar adequadamente os problemas – isto é, as interferências que tornam as interações altamente entrópicas –, tendem a adoecer por conta do desgaste oriundo da demasiada perda de energia (a desordem exige que se gaste muita energia ao lidar com ela). A decorrente fragilização diminui a estabilidade e o equilíbrio do sistema (ou do organismo) em relação ao seu entorno. Em consequência, estes tornam-se vulneráveis e suscetíveis a novas interveniências, que muitas vezes se transformam em novas crises, e que realimentam o ciclo de desgaste, levando ao colapso.

Mello Filho (1992) apresenta uma ideia parecida a respeito das interações humanas, pois, para o autor, as relações recíprocas que os indivíduos criam é uma parte ativa de uma microestrutura inserida em uma macroestrutura social e cultural, a qual é situada em um ambiente físico, onde

as pessoas vivem em grupos, buscando resolver seus problemas existenciais no mundo. A partir disso, os fenômenos humanos têm sempre uma motivação e o processo do adoecimento não é diferente. Os problemas de ordem interacional com o ambiente físico e psicossocial do homem são integrados em sua biografia e podem estimular reações no organismo em diversos níveis, incluindo o físico.

A doença é uma reação ativa do organismo e não apenas um estímulo aos efeitos nocivos. [...] No saber contemporâneo, podemos afirmar que o homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças concretas (biológicas, como os microorganismos e/ou físicas e químicas). Assim, situações como quebras de laços familiares e de estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, entre outros, são potencialmente danosos à pessoa. [...] Dentro dessa perspectiva, pode-se compreender um grande número de doenças- senão a maioria das doenças do homem urbano contemporâneo – que denunciam, expressam e revelam a forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo. (MELLO FILHO, 1992, p. 97-98).

Assim, acredita-se que todas as manifestações de doenças e enfermidades sejam uma resposta de algum nível de desequilíbrio de ordem interacional que não foi resolvido no plano psicológico/simbólico e que, por fim, manifestou-se no plano físico. Angerami-Camon, Chiattonne e Nicoletti (1992) afirmam que, na área das patologias, existem doentes e não doenças, pois a doença engloba muito mais que um problema orgânico. Para os autores, a história de vida de um indivíduo é um fator muito importante na manifestação de doenças e os diversos estados emocionais vividos por um indivíduo atuam no organismo de forma a poder produzir modificações significativas em nível bioquímico, funcional e orgânico.

Podemos afirmar que todo ser vivo, sendo uma unidade superior à soma das suas partes, possui um princípio ordenador caracterizado por ser fator imprescindível de coordenação e de harmonização funcional dos elementos constitutivos no ser total. (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1992, p. 75).

A partir da perspectiva do presente estudo, porém, este alerta, ou denúncia de que algo não vai bem, é algo muito significativo e tem seu papel no desenvolvimento de um indivíduo ou de um grupo, pois a crise é o primeiro passo para a mudança, para o avanço e expansão do ser – o percurso da busca da homeostase inclui a reorganização e a aquisição de novos recursos psíquicos para a superação da crise, para a lida com as interveniências e os problemas (que geram entropia) e, assim, a promoção do desenvolvimento.

1.4 Promoção de desenvolvimento humano na hospitalização

O que define a expressão “Desenvolvimento Humano”? A palavra *desenvolvimento* pode ser definida como o “aumento da capacidade ou das possibilidades de algo; ato de crescer, progredir; adiantamento.” Ou, ainda, “aumento das qualidades morais, psicológicas, intelectuais, etc.” (SANT’ANA-LOOS, 2013, p. 204). Santos *et al* (2012), por sua vez, analisam a etimologia da palavra: do latim, *volvere* “fazer girar, movimentar, rolar” e *des*, prefixo de oposição, negação ou ausência.

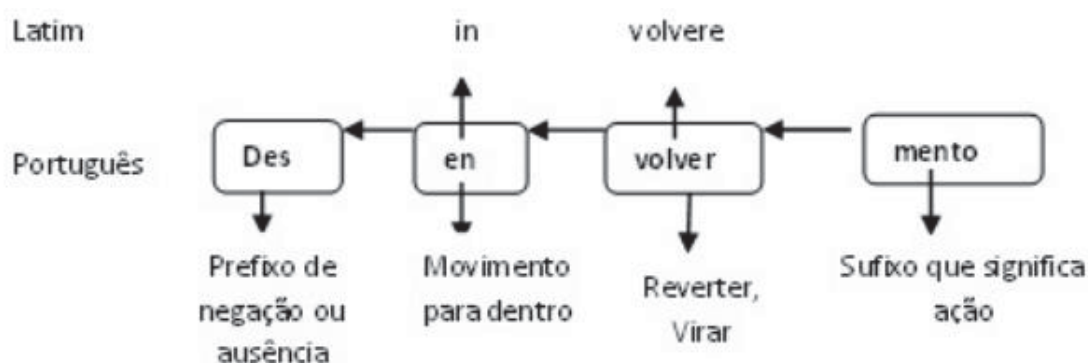


Figura 2 - ETIMOLOGIA DA PALAVRA DESENVOLVIMENTO.

FONTE: SANTOS *et al* (2012).

A junção dos elementos que compõem a palavra desenvolvimento leva a concluir algo que poderia ser expresso como: “sem movimento interno para reverter a ação” ou ainda “sem envolvimento”. Isso nos remete a deduzir que é preciso algo para gerar tal movimento e/ou envolvimento. Entretanto, o que seria esse algo? Sant’Ana-Loos (2013, p. 204), explicando que o

desenvolvimento se traduz como “movimento em direção ao melhor”, ou “algo que constantemente assume, em seus atos, a potência que lhe é inerente”, afirma que, para Vygotsky,

[...] o percurso sócio-histórico vivenciado pela espécie humana é uma das maneiras *de se observar o desenvolvimento se fazendo*, as funções psicológicas progressivamente se atualizando e se tornando “superiores” (em oposição àquelas elementares, típicas do início da evolução de um indivíduo ou da própria espécie humana), das pessoas se equipando com maiores e mais elaborados recursos para entender e interagir, cada vez melhor, com a realidade. (idem, p. 207).

Se o desenvolvimento está ligado ao crescimento e à evolução, Santos *et. al* (2012, p. 55) concluem que só há desenvolvimento quando os benefícios do crescimento servem à ampliação do indivíduo, “de suas escolhas e possibilidades de vida, oportunizando, assim, uma vida longa, saudável, com acesso a recursos necessários para um nível de existência digno da geração atual e futura.”

A literatura psicológica costuma apontar que o desenvolvimento humano abrange os processos de transformações que ocorrem ao longo do ciclo de vida das pessoas. Papalia e Feldman (2013) revelam que os estudiosos e cientistas do desenvolvimento humano o reconhecem como um processo que dura a vida toda – um conceito conhecido como “desenvolvimento do ciclo de vida”. Seus estudos baseiam-se nos processos de mudança e estabilidade em todos os domínios, ou aspectos, do desenvolvimento durante todos os períodos do ciclo de vida. Segundo as autoras, existem três domínios do desenvolvimento de cada um de nós que evoluem e se movimentam ao longo do ciclo de vida: físico, cognitivo e psicossocial. Porém, um domínio não existe sem o outro – todos se desenvolvem simultaneamente, pois fazem parte de um mesmo indivíduo e essa separação em “domínios” existe apenas para fins didáticos.

Durante seu desenvolvimento, o indivíduo explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca. GUIMARÃES (1988 *apud* SOARES, BOMTEMPO, 2004) traz a ideia de que modificações no repertório comportamental ocorrem à medida que as interações sejam favoráveis. Por

meio desta interação mútua, que requer um nível de empatia com cada elemento que interagimos de maneira a compreender sua essência e natureza (o que envolve o fenômeno da alteridade, que é o se perfazer por meio da interação com o outro), à medida que características ambientais sejam favoráveis e oportunidades sejam ofertadas, ocorrem modificações em nosso repertório emocional e comportamental, favorecendo o pleno desenvolvimento global. Cada indivíduo em desenvolvimento é fruto de uma dinâmica interacionista, pois está em constante interação com as pessoas ao seu redor e com o meio, no processo dialético do “afetar e ser afetado”, como postula o STAA (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013b). Assim, o desenvolvimento pode ser entendido como uma “capacitação autoatualizante para as interações” (SANT’ANA-LOOS, 2013, p. 204), na medida em que implica um direcionamento rumo a uma condição mais elaborada, mais refinada, que abrange a construção de mais e melhores recursos para interagir com o mundo.

As interações são de extrema importância no desenvolvimento de um indivíduo, pois proporciona a possibilidade de expansão e desenvolvimento em todas as esferas humanas. No caso de uma criança ou um adolescente, as interações têm um cunho extremamente emocional, dado o seu momento de vida. A escola, o clube, a igreja ou alguma outra instituição que o sujeito frequente; os seus diversos círculos de amigos; sua família, seus irmãos, primos, colegas, professores; animais de estimação, brinquedos, livros. Tudo o que rodeia uma criança ou adolescente e que com este interage é de suma importância para seu desenvolvimento. As interações nessas fases da existência acabam tendo uma carga emocional mais intensa do que na vida adulta.

Por mais que a experiência de hospitalização seja bastante hostil e que afete a criança ou o adolescente negativamente, é preciso lembrar que o processo de desenvolvimento das crianças, mesmo doentes, continua, pois elas continuam interagindo e se apropriando de informações disponíveis no meio e transformando-as em conhecimento de algum tipo. A criança ou o adolescente hospitalizado necessita de ações que possam minimizar o estresse e, assim, contribuir para que a situação de hospitalização se transforme em uma *oportunidade de desenvolvimento*. Desta forma, pode-se

colocar de lado, enfim, a dicotomização entre indivíduo e doença, dando lugar a uma visão integral do ser: um ser em *constante* desenvolvimento.

Os hospitais pediátricos já foram vistos como um ambiente potencialmente adverso, pois estes seguiam padrões estritamente biomédicos de saúde, que enfatizavam apenas o tratamento e a cura da doença propriamente dita, desconsiderando a atenção integral às crianças e aos adolescentes. Na atualidade, infelizmente ainda é possível presenciar esse quadro, mas a realidade em alguns hospitais já está mudando. Pesquisas na área da promoção da saúde da criança e do adolescente têm aumentado consideravelmente a cada ano, principalmente com os avanços da visão da Medicina moderna, que tiveram início na segunda metade do século XIX, sob influência do médico e “Pai da Pediatria” Abraham Jacobi (1830-1919) (MENÇA; SOUSA, 2013). Junto a tais avanços, a visão de promoção de desenvolvimento humano na saúde infantil tem sido também tema de várias pesquisas atuais:

Na saúde infantil vêm ocorrendo avanços no tocante à redução da mortalidade infantil e à ampliação da cobertura dos serviços de saúde, enfatizando-se é preciso oferecer condições para que as mesmas vivam com qualidade, permitindo o desenvolvimento de seu potencial e o usufruto de bens que a sociedade produz. (FALBO *et al*, 2012).

Podemos citar que, dentro da proposta de promoção do desenvolvimento na saúde de crianças e adolescentes no contexto hospitalar, encontra-se a Pedagogia Hospitalar, que tem como proposta “[...] a valorização dos seus direitos à educação e à saúde, como também ao espaço que lhe é devido enquanto cidadão.” (MATTOS; MUGIATTI, 2006, p. 13).

Quando pensamos em desenvolvimento humano e educação, rapidamente imaginamos uma escola. Sim, o objetivo da educação é promover o desenvolvimento humano. Mas porque esse objetivo tem de estar sempre atrelado a uma escola? Porque a educação em um sentido ampliado, buscando realmente o desenvolver/desabrochar de todos os indivíduos, não pode estar em todos os locais onde esses indivíduos possam se encontrar, inclusive em um hospital?!

Lima *et al* (2009) argumentam que a dicotomização entre o “científico” e o “subjetivo” existe dentro das instituições pediátricas e que, com o avanço da tecnologia e da Medicina, os profissionais de saúde estão preparados para atuar no tratamento da doença. Porém, os autores salientam a necessidade da mudança de enfoque, centralizando-se o olhar na criança e no adolescente enfermo, e não em sua doença em primeiro lugar. Nesse sentido, a Arte, a recreação, o brinquedo e o lúdico ganham espaço como promotores do desenvolvimento. O valor social e terapêutico da Arte aliado à Medicina já é reconhecido em várias instituições ao redor do mundo e a tendência em incluí-la como atividade rotineira hospitalar é crescente.

1.5 O papel fundamental da resiliência na vivência hospitalar

“Para ser resiliente, em primeiro lugar é preciso ter sido traumatizado.” (CYRULNIK, 2001, p. 201). Tal afirmação revela o fundamento mais aceito da resiliência, que é comumente apresentada como a capacidade de enfrentar dificuldades, ou da capacidade de “adaptação positiva” às condições de vida adversas (MELILLO; OJEDA, 2005). Porém, acredita-se não ser apenas isso, pois a resiliência é um processo o qual, a partir da crise, o indivíduo que busca a homeostase irá percorrer para que lhe seja possível criar recursos resilientes e lidar com dado problema. Como explica Cyrulnik (2001), à medida que se constata que um certo número de pessoas traumatizadas resiste às provas e, tantas vezes, as utilizam para se tornarem mais fortes e mais humanas, busca-se explicar tal fenômeno não em termos de “invulnerabilidade”, mas da aquisição de recursos internos (afetivos e comportamentais) associados à disponibilidade de recursos externos (sociais e culturais). A resiliência, assim, não descreve apenas as pessoas tidas como “fortes” ou “resistentes”, mas, sim, as pessoas que buscam o equilíbrio e que, no percurso, irão aprender e adquirir novas maneiras de lidar com as crises, permitindo-se assim, seu desenvolvimento e expansão.

A doença e a hospitalização constituem uma crise importante na vida das crianças e adolescentes, bem como de seus familiares. Para o indivíduo

enfermo, o ambiente hospitalar é o desconhecido, o inesperado, e muitas vezes a hospitalização torna-se um evento assustador. Muitas vezes, a experiência de hospitalização exerce sobre a criança ou adolescente uma influência psicológica capaz de lhe causar um estado de desequilíbrio emocional, prejudicando ou até mesmo agravando seu estado de saúde. A própria doença já é um estado adverso, e a condição de hospitalização é outro: somados, tal situação é caracterizada como uma *crise*.

Além disso, conforme aludido anteriormente, é muito provável que tal crise tenha raízes em situações interacionais em conflito (que podem ser de diversos tipos), o que amplia o sentido da situação a ser enfrentada – já que, considerada assim, a doença pode ser encarada como uma manifestação, um alerta, uma denúncia de que algo encontra-se em desequilíbrio e que precisa ser, de algum modo, restaurado.

Desta maneira ampliada, depreende-se também que a crise não configura somente uma situação adversa a qual temos que aprender a lidar. Apresenta-se também uma grande oportunidade de desenvolvimento. Ora, por definição, se uma situação pode ser caracterizada como difícil, é porque ainda não sabemos lidar com ela. Logo, isso exigirá aprendizado: novos conteúdos ou métodos (recursos psicológicos) deverão ser criados por nós (descobertos, aprendidos ou remodelados) para lidar com a experiência que está causando desequilíbrio. A plasticidade da psique permite que se abram possibilidades de ampliação de si, e, em consequência, de resistência e adaptação da totalidade do organismo, de criatividade para lidar com as vicissitudes da realidade, principalmente aquelas ligadas à entropia (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013c). Se novos recursos serão ligados aos já existentes, isso é ampliação, crescimento: isso é desenvolvimento.

Sem crise não há desenvolvimento! E se a crise está instalada no indivíduo que se encontra doente fisicamente, há de se garantir que seu desenvolvimento seja promovido, o que o auxiliará diante da situação adversa. Há algo muito relevante para se refletir a respeito do indivíduo que está simultaneamente doente e em desenvolvimento, retomando-se a etimologia da palavra *desenvolvimento*, atribuída a algo “sem movimento interno para reverter a ação”. Corrobora-se a ideia, a partir daí, de que uma pessoa em desenvolvimento ainda não tem conteúdo ou recursos/estratégias suficientes

para movimentar/reverter/atualizar determinada circunstância (ou ação) no momento. Nesse sentido, através de uma dada interação, com alguma coisa ou alguém, algo pode ser aprendido ou descoberto (um *insight* que configura uma nova forma de disposição dos elementos de certa situação) e esse conteúdo ou recurso que faltava pode vir a ser disponibilizado. Cyrulnik (2001) diz que o suporte de desenvolvimento oferecido a um bebê (ou uma criança, ou um adulto, não importa a fase) é proposto pela resposta do outro (p. 102).

Sobre o tipo de interação que pode vir a ser útil para o desenvolvimento de alguém, afirmam Souza, Loos-Sant'Ana e Sant'Ana-Loos (2013) que

[...] o desenvolvimento é um processo de atualização de padrões ao longo da vida, sempre rumo a algo melhor e mais fortalecido. Se esses padrões são construídos nas interações construídas, pode-se concluir que quanto melhores forem as interações, melhor o desenvolvimento. (p. 6).

Assim, nem sempre ficamos paralisados em nosso desenvolvimento psicológico quando vivenciamos uma situação traumática. A dor e o sofrimento podem fazer parte de uma situação adversa, mas a resiliência provê a oportunidade de que caminhos sejam trilhados na busca de novos recursos por meio da interação com as pessoas, com o mundo e consigo mesmo – no sentido de que é preciso estar disponível para não somente suportar, mas, sim, *superar* o sofrimento e, descobrindo como se tornar mais forte, prevenir novos desgastes. Portanto, são estas interações – encaradas em seu sentido pleno – que permitem o desenvolvimento real e integral.

2. ARTE

2.1 Arte na vida humana

Os seres humanos são interligados sob muitas perspectivas: por exemplo, somos compostos fisicamente e bioquimicamente pelos mesmos elementos, compartilhamos a mesma história genética, desde a origem da

nossa “casa” há 4,6 bilhões de anos e a formação da primeira organela celular, há três bilhões de anos, até a origem dos primeiros homínídeos.

A evolução de gêneros e espécies, desde o *A. afarensis* até o *H. sapiens* foi estendida por um vasto período, de milhões de anos. Cury (2007) diz que neste percurso da evolução, nada que possa se classificar seguramente como Arte foi produzido, segundo os registros arqueológicos. Os primeiros registros apareceram já como produtos da espécie *Homo sapiens sapiens*, nossa própria espécie. Cerca de 150 mil anos atrás existiam outras espécies de *Homo* convivendo com o *H. sapiens sapiens*, o *H. nienderthalis* e o *H. sapiens arcaico*. Porém, algo singular passou a acontecer com o *H. sapiens sapiens*, diferenciando-o das demais espécies, pois estes passaram a realizar não apenas o enterro de seus mortos, mas a produzir algo semelhante a oferendas para serem depositadas junto aos cadáveres. Também começaram a construir alguns utensílios com ossos e não com pedra e madeira como eram feitos até então pelas outras espécies. Foi a partir do Paleolítico Superior que muitas transições começaram a ocorrer no comportamento dos primeiros humanos.

Os primeiros artefatos considerados artísticos pelos arqueólogos são deste período, cerca de 50 mil anos atrás. Cheney (1995) diz que essa época foi marcada por grandes mudanças no comportamento do *homo sapiens sapiens*: construíram-se grandes embarcações, vestimentas, moradias. Foi também nesta época que o homem, além da capacidade de representar e de se expressar através de símbolos, criou objetos com diferentes tipos de materiais e, conseqüentemente, passou a construir sua própria cultura. As mais antigas pinturas pré-históricas foram datadas por arqueólogos como produzidas em tal época.

Com o tempo, o *H. sapiens sapiens* estabeleceu um ritmo de existência, enquanto as outras duas espécies desapareceram e se extinguíram, tornando-se então a única espécie do gênero *Homo* a habitar o planeta. Devido a tantas mudanças no comportamento da espécie no período Paleolítico Superior, esse período é chamado pelos arqueólogos e historiadores como o período do “grande despertar cultural”, ou o “big bang da cultura”. Isso porque é nessa época que apareceram os primeiros artefatos ornamentais e as primeiras formas de representação sofisticadas, além dos objetos fabricados para serem enterrados com os mortos.

Cury (2007), baseada em Mithen (2002, p. 262), afirma ser possível observamos realmente uma explosão cultural com manifestações artísticas começando há cerca de 43 mil anos na Europa, com a produção dos primeiros trabalhos artísticos. Não se sabe exatamente a origem de tal despertar cultural. O que se pode deduzir é que houve um estímulo com o *H. sapiens sapiens* para esse despertar. A cultura, tal como concebida hoje, não passou a existir assim que a espécie surgiu, mas, sim, 70 milhões de anos depois, ou seja: o homem, em algum momento, sentiu necessidade de produzir cultura. Talvez isso se deva a algum tipo de *emoção* que colocou o homem em movimento. Arnheim (2004) cita algumas ideias de Wilhelm Worringer (1881-1965), um estudioso teórico e crítico de arte que afirma:

Em especial, durante as fases do desenvolvimento humano, a transição dos sentidos do tato, confiável e seguro, para a variedade confusa dos aspectos visuais, induziu o homem primitivo a criar, como um refúgio, um universo de formas geometricamente ordenadas, consideradas belas justamente por repudiarem a vida por meio da ordem e da regularidade com as quais substituíam o caos e a natureza. Era a ansiedade, mais do que a capitulação confiante, que se encontrava na raiz de muitas formas de arte. (ARNHEIM, 2004, p. 57).

As primeiras manifestações artísticas não foram produzidas por pessoas que viviam em um ambiente tranquilo e com vida fácil. Cheney (1995) argumenta que, na época do Paleolítico Superior, os indivíduos estavam sob grande estresse em relação a sua própria sobrevivência, pois se encontravam em condições ambientais muito difíceis e instáveis, a época em que estava ocorrendo a última glaciação. Tal fato também sugere que a produção artística pode também ter sido motivada por questões de ordem afetiva, pois os indivíduos estavam sendo afetados de modo peculiar por tais condições.

A partir deste momento, o homem começou a construir sua *cultura*. No Dicionário Michaelis (WEISZFLOG, 2004) aparecem diversas definições da palavra *cultura*. Eis algumas delas:

sf (lat cultura) 1 Ação, efeito, arte ou maneira de cultivar a terra ou certas plantas. 7 Aplicação do espírito a uma coisa; estudo. 8 Desenvolvimento que, por cuidados assíduos, se dá às faculdades naturais. 9

Desenvolvimento intelectual. **14 Antrop.** Estado ou estágio do desenvolvimento cultural de um povo ou período, caracterizado pelo conjunto das obras, instalações e objetos criados pelo homem desse povo ou período; conteúdo social. **15 Arqueol.** Conjunto de remanescentes recorrentes, como artefatos, tipos de casas, métodos de sepultamento e outros testemunhos de um modo de vida que diferenciam um grupo de sítios arqueológicos. (WEIZSFLOG, 2004).

A partir de tais definições, conclui-se que cultura é uma forma de ação que se constitui como Arte, objetos do conhecimento humano construídos ao longo do tempo. É através da Arte que o homem expressa seus anseios, suas emoções, seus medos, sua história e todas as questões que rodeiam a existência humana em sua essência.

A cultura e a Arte se expandem e se moldam conforme as necessidades de tal sociedade e de cada época, no decorrer dos tempos. Segundo Oliveira (2010, p. 15), “[...] em cada fase do desenvolvimento das sociedades, bem como em cada fase do desenvolvimento do indivíduo, as impressões que o meio, inclusive a Arte, suscitam no ser humano, diferem entre si.” Isso é muito claro na história da Arte, se analisarmos, por exemplo, as diferenças entre a arte pré-histórica da arte bizantina, ou das questões que a arte moderna trazia e as atuais questões da arte contemporânea.

Ao analisar a História da Arte, percebemos que a mesma é influenciada por muitos aspectos e, por isso, diferencia-se tanto de uma sociedade para outra, ou até mesmo de um momento para outro. A Arte carrega em si aspectos individuais do artista: sua “bagagem”, sua história, suas experiências únicas, seus sonhos, medos e sentimentos. Ao mesmo tempo, traz dentro de si os aspectos sociais, o contexto em que o artista vive, os momentos em que tal sociedade se encontra: os aspectos históricos, valores, conflitos, dificuldades; sejam elas questões filosóficas, questões ambientais, sejam questões de princípios, leis, ética ou moral. A Arte expressa uma “mistura de mundos” e é, por isso, que se diferencia conforme o tempo. Mas nunca acaba e será sempre expressa de diferentes maneiras, já que é influenciada por uma combinação de elementos moldados pelo tempo e pelo espaço.

A Arte sistematiza especificamente o campo sentimental do psiquismo humano. O homem é um ser social, pois não vive sozinho; logo, também não

cria sozinho, sendo a partir da interação com o mundo, com o ambiente e com as pessoas que consegue criar. As grandes invenções, criações e feitos da humanidade são propulsionadas por uma força que o faz criar questionando, refletindo, e, principalmente, sentindo. *Sentir* é a origem do processo de criação; os sentimentos humanos, quer sejam eles alegria, tristeza ou revolta, estão ligados à afetividade humana, ou seja, à percepção de como os fatos nos afetam.

Para Ostrower (2013), a criatividade implica uma força crescente que se reabastece nos próprios processos através dos quais se realiza. O termo “tensão psíquica” é proposto pela autora para designar o propulsor da renovação constante dos processos criativos. “Na realidade, no acúmulo energético necessário para levar a efeito qualquer ação humana já se assinala a presença de uma tensão.” (OSTROWER, 2013, p. 27). Isso corrobora a afirmação de Arnheim (2004, p. 57), de que “a ansiedade pode ser a raiz de toda produção artística.” Também Vygotsky (2001) afirma que os aspectos afetivo-emocionais humanos são essenciais na Arte. Portanto, a Arte deve ser entendida como “[...] uma das funções vitais da sociedade em relação permanente com todos os outros campos da vida social e seu condicionamento histórico.” (VIGOTSKI, 2001, p. 9).

Um dos problemas enfrentado pelas pessoas, em nossos dias, é que vivemos em uma sociedade altamente utilitária e imediatista. Tudo deve ser rápido e prático, não exigir muita subjetividade, apenas uma instrumentalização eficiente. O utilitarismo e o imediatismo refletem, em nossa vida atual, no conceito de “prazer”; mas se trata, na realidade, de uma distorção do conceito que nos aliena das reais necessidades humanas. A demanda imediata em relação às coisas e o desejo de posse que hoje domina as pessoas aprisionam os sentidos e fecham as vias de acesso para a verdadeira riqueza humana. Nesse sentido, grande parte da sociedade passou a acreditar que a Arte não tem função alguma, já que não vê nela uma utilidade imediata. Mas o imediatismo não combina com a Arte, já que está intrinsecamente conectada aos processos subjetivos que se expressam no mundo concreto, porém, de forma simbólica. Assim explica Duarte (2008), apoiado em Vygotsky, este caminho tomado pela Arte para elaborar nossos sentimentos transformando-se em uma produção concreta:

Vygotsky (2001) analisou a arte como uma técnica criada pelo ser humano para dar uma existência social objetiva aos sentimentos, possibilitando, assim, que os indivíduos se relacionem com esses sentimentos como um objeto, como algo externo que se interioriza por meio da catarse. (DUARTE, 2008).

O tópico a seguir explorará, justamente, o papel da catarse enquanto processo psicológico essencial dentro da prática artística.

2.2 Arte e catarse

Os seres humanos têm necessidade de se expressar desde que nascem. Uma das primeiras maneiras que se aprende a fazer isso, mais efetivamente, é a linguagem, por meio da qual podemos expressar nossas necessidades, ideias, sentimentos e disposições. Para Read (2001), existe uma diferença entre sentimento e disposição. Segundo o autor, o sentimento é concentrado e a disposição é difusa, e a característica de tais afetos pode dar origem a uma necessidade de expressão bastante positiva, “pois sentimos a necessidade de definir o que é indefinido” (READ, 2001, p. 120). Fenômeno semelhante ocorre, muitas vezes, com crianças e adolescentes em estado de hospitalização, pois não sabem definir em palavras o que estão sentindo. A linguagem artística entra favoravelmente neste contexto, mostrando-se um veículo de expressão:

A criança, não menos que o adulto, apresenta essas disposições, desejando expressá-las. Tal expressão acaba sendo controlada pela disposição somática (particularmente a glandular) e psicológica da criança, mas devido ao fato de ser relativamente indireta e aparentemente não destinada a garantir a satisfação de uma necessidade imediata, nós a chamamos de ‘expressão livre’. (READ, 2001, p. 120).

A expressão livre, segundo Read (2001), não quer dizer necessariamente expressão artística, mas o uso da linguagem como expressão. A experiência criativa com a Arte dentro de um contexto onde há vulnerabilidade física e psicológica (como no hospital, por exemplo) pode funcionar também como enriquecimento cultural, pois, muitas vezes, a criança

ou adolescente não tem acesso à Arte na escola, ou tal acesso é precário. A vivência no hospital pode ser explorada além do contexto biológico e da doença visando o desenvolvimento do (a) paciente em todas as esferas humanas. Por isso, acredita-se que tal experiência pode ser uma oportunidade de ampliar os conhecimentos da criança e do adolescente hospitalizados, dando aos mesmos maior oportunidade de expressão e, no caso das artes visuais, acesso aos variados códigos visuais, conhecimento dos materiais, imagens de obras de arte, exploração da criatividade e da ludicidade, enfim, refletindo sobre o mundo artístico e suas possibilidades e sobre si mesmo (a). A Arte e a cultura são elementos essenciais para a formação do ser humano e, utilizadas no contexto da hospitalização, podem contribuir para a difusão de conhecimentos e para desenvolver potencialidades.

Seria maravilhoso se cada indivíduo, durante o seu processo de crescimento, tivesse alguma oportunidade para criar numa das formas de arte. A educação, no início da vida, devia fornecer tais oportunidades para pensar e executar usando um meio de expressão artística. (GARDNER, 1999, p. 178).

A *catarse* é um processo psicológico significativo que caracteriza a Arte. Comumente conhecida como um instrumento de “purgação” de conflitos internos e externos, a catarse também tem o poder de “semear” ideias e sentimentos, contribuindo para o que há de melhor em nós: ética, afetividade e inteligência (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA; CEBULSKI, 2014).

Vygotsky (2001) também dedicou uma parte de seu trabalho para discutir a Arte e, nesse contexto, o processo de catarse. Catarse, um termo originário do grego *katharé* – significa, literalmente, purgar. Para Aristóteles, “[...] a catarse é a purgação do excesso de emoções que restaura o equilíbrio e corresponde ao clímax da apreciação estética.” (OLIVEIRA, 2010, p. 36). A partir da definição de Aristóteles, Vygotsky procurou compreender melhor o efeito da apreciação estética e artística sobre o organismo humano.

Para Vygotsky (2001), a reação a uma obra de arte envolve um enorme dispêndio de energia psíquica, assim como a lida com as emoções, que são o aspecto essencial da Arte. Por exemplo, a reação a uma poesia ou a uma peça teatral não se basta com simples contemplação ou absorção de informações,

mas o psiquismo exige uma atividade cerebral complexa para o indivíduo ser alcançado pela Arte. A reação estética envolve, então, dois aspectos: o *sentimento* e a *imaginação*. O sentimento, no ponto de vista dos mecanismos nervosos, está situado nos processos de consumo ou descarga de energia nervosa (p. 252). O autor cita Freud como um teórico que partilha tal ideia:

A emotividade se manifesta essencialmente no refluxo motor (secretório e regulador do sistema circulatório) de energia, que conduz à abundância (interna) do próprio corpo sem relação com o mundo exterior; a motilidade se manifesta em ações destinadas a mudanças no mundo exterior. (FREUD, 119, p. 137 *apud* VIGOTSKI, 2001, p. 252).

Partindo da ideia de Freud, resgatada por Vygotsky (2001), a emotividade de caráter estético não conduz o indivíduo diretamente à ação, pois é um processo interno. Ela precisa aliar-se à imaginação, que atribuirá forma aos sentimentos, possibilitando-lhes serem manifestos por meio de representações. “Em geral, emoções não apenas se expressam no corpo, em forma de secreções ou reações musculares, como também se fixam em alguma ideia, precisando de expressão por meio da fantasia.” (OLIVEIRA, 2010, p. 37). Para Vygotsky (2001), então, a imaginação é o meio de a emoção ser refletida por meio de representações (p. 264). Nesse caso, embora o sujeito saiba que o que vivencia é ilusório, as imagens suscitadas pela fantasia produzem sentimentos reais, da mesma maneira que funciona nas brincadeiras infantis, nas quais o “faz de conta” traz um sentimento real momentâneo de estar vivendo verdadeiramente tal situação, embora não esteja. A base da reação estética encontra-se na fantasia, porém isso ainda não soluciona completamente as questões em aberto referentes à catarse.

Oliveira (2010) explica que, no objeto de arte, a divergência entre conteúdo e forma suscita emoções contrastantes, revelando-se como o fundamento do efeito catártico da reação estética:

Essas duas séries de emoções estão em permanente antagonismo, estão direcionadas em sentidos opostos e, da fábula à tragédia, a lei da reação estética é uma só: encerra em si a emoção que se desenvolve em dois sentidos opostos e encontra sua destruição no seu ponto

culminante como uma espécie de curto-circuito. (VIGOTSKI, 2001, p. 270).

O choque causado pelo referido curto-circuito “destrói” as emoções, possibilitando, então, a descarga da energia nervosa. As emoções angustiantes e desagradáveis são submetidas a um certo descarregamento. Consequentemente, a divergência entre conteúdo e forma (o antagonismo que Vygotsky se refere) causa a destruição destas emoções, transformando-as em emoções contrárias. O efeito causado pela obra de arte, então denominado como catarse, é assim problematizado por Vygotsky:

Mas, apesar da imprecisão do seu conceito e da manifesta recusa à tentativa de esclarecer o seu sentido no texto de Aristóteles, ainda assim supomos que nenhum outro termo, dentre os empregados até agora na psicologia, traduz com tanta plenitude e clareza o fato, central para a reação estética, de que as emoções angustiantes e desagradáveis são submetidas a certa descarga, à sua destruição e transformação em contrários, e de que a reação estética como tal se reduz, no fundo, a essa catarse, ou seja, à complexa transformação dos sentimentos. Ainda sabemos muito pouco de fidedigno sobre o próprio processo da catarse, mas mesmo assim, conhecemos o essencial isto é, sabemos que a descarga de energia nervosa, que constitui a essência de todo sentimento, realiza-se nesse processo em sentido oposto ao habitual, e que a arte assim se transforma em um poderosíssimo meio para atingir as descargas de energia nervosa mais úteis e importantes. Achamos que a base desse processo é a natureza contraditória que subjaz à estrutura de toda obra de arte. (VIGOTSKI, 2001, p. 270).

Vygotsky (2001) argumenta que todo o nosso comportamento não passa de um processo de busca de equilíbrio do organismo com o meio. O autor parte da premissa de que, quanto mais simples são nossas ligações com o meio, mais simples será o transcorrer do nosso comportamento. Já quanto mais complexas forem nossas ligações, mais complexos e confusos se tornarão os processos de retorno ao equilíbrio. Nesse processo, nunca haverá o equilíbrio perfeito, assim como nem toda nossa energia psíquica será utilizada em tais processos. A Arte tem o poder de dar vazão livre às nossas energias não utilizadas, ajudando a equilibrar nosso organismo com o meio. Esta seria a função biológica da Arte: equilibrar nossas energias e transformar

nossas emoções. “A arte parece ser o veículo adequado para atingir esse equilíbrio explosivo com o meio nos pontos críticos do nosso comportamento.” (VIGOTSKI, 2001, p. 312).

A Arte traz consigo, também, o caráter de ludicidade. O lúdico traz um mundo de possibilidades de criação e interação, e, no mundo infantil, oferece oportunidades para a criança se perceber no mundo e entender suas regras de funcionamento, além de ter a liberdade de criar e testar regras alternativas. Vygotsky (2001) afirma que no mundo do lúdico a criança pode experimentar as diversas possibilidades de vida, possibilidades que todos nós temos dentro de nós, porém não podemos realizar milhares delas devido às limitações de nossa realidade concreta. O lúdico é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo, pois é no “faz-de-conta” e na imaginação que a criança pode desenvolver suas potencialidades. Brincar não é apenas uma forma da criança descobrir o mundo, mas também é uma suprema atividade que lhe traz equilíbrio psicológico. “Em suas atividades lúdicas, a criança externaliza, trabalha e harmoniza, até certo ponto, todas as diferentes inclinações de sua vida psíquica interior.” (ISAACS, 1933, p. 425 *apud* READ, 2001, p. 175).

Para o presente estudo, a compreensão da dinâmica da Arte como catarse é fundamental para relacionar as condições emocionais e afetivas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade física e psicológica e em processo de hospitalização e a importância das práticas artísticas em tal contexto. Partindo, então, da referência do contexto hospitalar em que tais crianças e adolescentes estão inseridos, com suas interações afetivas em jogo e ávidas por entender melhor o que lhes está ocorrendo, a Arte pode oferecer uma maneira alternativa destes indivíduos lidarem com suas realidades de maneira lúdica, contribuindo para diminuir a tensão e o estresse que a situação de enfermidade e o ambiente hospitalar causa. Seja por meio de oficinas literárias ou por oficinas de artes visuais, sejam peças de teatro ou musicalização, a Arte inserida nas alas pediátricas não só será uma oportunidade dos pacientes terem contato com as linguagens artísticas e expandirem seus conhecimentos culturais, como também ajudará, por ser um canal de valorização do indivíduo, em seu desenvolvimento como pessoa, mostrando-se um meio privilegiado para a humanização na saúde. Esse assunto será melhor explorado no tópico a seguir.

2.3 Arte no hospital

Buscando a qualidade de interações e a busca do desenvolvimento integral mesmo em uma situação adversa, o indivíduo hospitalizado pode encontrar na Arte um meio para desenvolver-se.

Resgatando o ideal da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e os direitos da criança e do adolescente hospitalizados garantidos pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995, no Art. 9),⁴ humanizar os espaços hospitalares significa cuidar humanamente e integralmente da saúde física e emocional do paciente, garantindo ao mesmo a possibilidade de continuar se desenvolvendo como humano e ampliando e expandindo suas habilidades cognitivas, sua inteligência, sua criatividade, sua afetividade. O direito da criança e do adolescente hospitalizado de ter acesso à momentos de recreação e à educação, podem ser possibilidades que oportunizarão que a identidade do paciente não seja anulada ou distorcida, que a resiliência seja fortalecida e que interações benéficas sejam construídas e que a autonomia seja edificada.

As políticas de humanização no atendimento hospitalar têm buscado a interação do corpo clínico e demais pessoas atuantes nesse ambiente: funcionários, voluntários, pacientes e acompanhantes. Procedimentos médicos adequados, aliados à ética e ao respeito pelo ser humano, à responsabilidade, a um ambiente acolhedor e ao diálogo interdisciplinar da equipe de saúde, unem-se no sentido de buscar promover o bem estar dos indivíduos hospitalizados e de seus acompanhantes.

Procurar fazer do hospital um ambiente agradável, minimizando a ansiedade e o *stress* gerados em torno do período de internação, é um desafio a ser superado pelo atendimento à saúde no Brasil, priorizando, também, as necessidades psicológicas e sociais do paciente. A humanização na garantia dos direitos da criança hospitalizada não se limita ao tratamento da doença física somente, mas, também, zela pela promoção do seu próprio

⁴ Ver página 26.

desenvolvimento apesar da condição adversa, envolvendo ações que possam amenizar a experiência, muitas vezes negativa e dolorosa, decorrentes da privacidade da sua rotina e dos espaços que lhes são próprios. Valladares (2004) alega que o trabalho artístico junto a crianças hospitalizadas se torna fundamental para amenizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização que ameaçam seu desenvolvimento psicossocial normal. Por meio de atividades que proporcionem expressão e criação, haverá a oportunidade de o indivíduo comunicar-se consigo mesmo e com as outras pessoas; isso porque, através de tais atividades, a criança amplia seu conhecimento sobre o mundo e se desenvolve emocional e socialmente. Concordando com a ideia de que a expressão criativa é uma forma de conhecer o mundo, Oliveira (2010, p. 82) afirma que “[...] fazendo arte, a criança desenvolve flexibilidade de pensamento, senso estético, a compreensão da relação entre as partes e o todo, bem como a visão de que a arte é um meio de conhecer e interpretar o mundo.” Também Valladares e Carvalho (2005), a esse respeito, afirmam:

Nas expressões artísticas, as crianças expõem a si mesmas, isto é, todo seu contexto social, suas percepções sobre o mundo, sua identidade e sua imaginação. Assim, as produções de arte podem contribuir sobremaneira para esclarecer o desenvolvimento e avaliação emocional das crianças. (VALLADARES; CARVALHO, 2005).

A Arte mostra-se um canal de valorização do indivíduo especialmente porque resgata suas potencialidades e o auxilia a vencer suas limitações. É importante lembrar que o indivíduo que está doente não perde seu potencial de aprender, como também de criar e de se expressar. A Arte envolve trabalho criador e, assim, contribui para que o homem se veja rico em possibilidades, que exercite o seu *vir a ser*, um ser que busca resgatar sua autonomia, mesmo diante de limitações físicas e emocionais que vivencia no momento.

Relações de alteridade podem possibilitar fenômenos interacionais que promovem o desenvolvimento e a expansão dos recursos psíquicos do indivíduo em situação de hospitalização. E que relações são essas? No caso do problema específico das crianças e adolescentes hospitalizados, a relação de alteridade com a Arte poderá valorizá-las e trazer o reconhecimento do que pode vir a pertencer a elas também – uma vez que pertence a outro ser

humano que produziu certa obra. Assim, o indivíduo pode simular em si (por meio da resiliência) possibilidades do que pode vir a pertencer (quais são suas potencialidades) a ele e, ao mesmo tempo, identificar o que não lhe pertence (quais são os seus limites). À luz do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, entende-se a Arte como um meio privilegiado de interação com o indivíduo hospitalizado, o qual se encontra em um momento no qual os afetos oriundos de uma situação de crise estão em destaque e estes, claramente, estão moldando sua identidade. Observa-se, muitas vezes, a criança ou adolescente sendo tratado como: “pacientezinho”, apenas como uma pessoa frágil e vulnerável biologicamente. Nesse quadro, o indivíduo (já fragilizado) identifica-se com a doença e perde sua autonomia como sujeito livre e atuante; tudo isso quando, justamente, necessita sentir-se forte para o enfrentamento da situação. Assim, percebe-se como alguém que não tem recursos disponíveis em seu *self* para superar a dificuldade, o que o leva, por vezes, a resilir.

A Arte apresenta-se como um conjunto de instrumentos que mostra novas possibilidades e incita a criação de novos recursos psíquicos através da resiliência (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013c), permitindo que o sujeito se perceba como autor de sua existência, como um ser atuante, que ainda pode brincar, pintar, desenhar e tirar fotos... Que existem pessoas que desejam ouvir o que ele tem a dizer e ver o que ele pode fazer. A valorização da subjetividade através da Arte tende a proporcionar uma relação altera capaz de estimular o indivíduo a buscar superar as dificuldades sem resilir, já que se sente apoiado na tentativa de criar recursos psicológicos para enfrentar o momento. Tende, então, a se tornar mais equilibrado e disposto. Este processo traz, como consequência, a sensação de estar “autorizado” a realizar movimentos de atualização de sua identidade – percebendo-se não mais somente como uma criança (ou adolescente) doente, mas como uma criança (ou adolescente) com possibilidades como qualquer outra. Que *está* doente naquele momento, mas que não torna a doença parte de sua identidade, mas como um estado transitório, de crise, em que se encontra atualmente e que pode e deve ser superado.

Essa ampliação de recursos psíquicos conduz ao desenvolvimento – mesmo em um local que não é a escola. Provavelmente a Arte é uma poderosa ferramenta promotora de desenvolvimento humano – infelizmente pouco

explorada em contextos em que seria extremamente útil. Oliveira (2010) argumenta que atividades artísticas promovem o desenvolvimento da autoestima e da autonomia da criança, a capacidade de simbolizar e a capacidade de expressar ideias e sentimentos.

Dito de outra forma, a Arte como experiência criativa diante de um quadro de “tensão psíquica” permitirá que o indivíduo busque, criativamente, maneiras de resolver sua tensão e desequilíbrio. Ao criar, ordena a si mesma e interpreta fenômenos a partir de uma nova motivação interior (OSTROWER, 2013). Possivelmente, esse é um processo de elaboração psíquica que a Arte possibilita.

A doença pode ser considerada como uma manifestação de crise de ordem interacional, em todos os aspectos: biológico, psicológico e social. Se a tensão/ansiedade manifestos indicam que o indivíduo busca o equilíbrio e a homeostase, a enfermidade pode ser percebida como uma “oportunidade” de expansão. Como defende Cyrulnik (2001), a doença física obriga à criatividade, quando o sentimento de estar diminuído provoca a “fúria de vencer”.

Estudos sobre Arte e fazer artístico no hospital no Brasil são escassos, apesar da própria política nacional de humanização da saúde valorizar a produção cultural como um dos aspectos a serem considerados na tentativa de conceituar o termo *saúde* de forma mais abrangente. Há, ainda, pouca produção e pesquisa nesse sentido. Sobre estudos realizados em âmbito nacional relacionando arte e hospitalização, foi realizada uma busca em banco de dados *online*, no site *Periódicos Capes* (<http://www.periodicos.capes.gov.br>), usando como filtro de pesquisa as palavras chaves *hospitalização* e *arte*, em qualquer elemento (título, autor e assunto), com produção no período de 2004 a 2012. Foram encontrados dezesseis artigos, os quais são relacionados no Quadro1:

Ano	Autor(es)	Título	Assunto
2012	Santos, Lyvia De Jesus ; Vieira, Maria Jesia	Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe	Psicologia hospitalar; Prática profissional; trabalho em saúde.
2012	Bruna Cristine Peres Falbo ; Raquel Dully Andrade ; Maria Cândida De Carvalho Furtado ; Débora Falleiros De Mello	Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem	Criança; Desenvolvimento infantil; Enfermagem
2011	Ramos, Ana Paula ; Bortagarai, Francine Manara	A comunicação não-verbal na área da saúde	Saúde; Reforma dos cuidados na Saúde; Comunicação Oral
2011	Ana Helena Rotta Soares, <i>et al.</i>	Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica	Avaliação da qualidade de vida; Saúde da criança; Saúde do adolescente.
2011	Ana Cláudia Afonso Valladares ; Mariana Teixeira Da Silva	A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização	Terapia pela arte; Saúde Mental ; Criança Hospitalizada ; Enfermagem Pediátrica
2010	Sandra Cristina da Silveira; Brígido Vizeu Camargo; Maria Aparecida Crepaldi	Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde	Parto; Indústria da saúde; Saúde da mulher.
2010	Ana Luiza Batista de Gois; Renato Peixoto Veras	Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil	Morbidade; Idoso; Saúde pública.
2010	Cristina Maria da Silva	Etnografando alteridades na literatura brasileira: acessos a vida social em João Gilberto Noll.	Socialidades; narrativas; escrituras; literatura contemporânea.
2010	Judy Botler; Luiz Antonio Bastos Camacho; Marly Marques da Cruz; Pamela George	Triagem neonatal: o desafio de uma cobertura universal e efetiva.	Triagem neonatal; Cobertura; Programas de Saúde Pública Neonatal.
2009	Laura Souza Vilela; Manoel Antonio dos Santos	A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares.	Bulimia ; Anorexia Nervosa
2009	Regina Aparecida Garcia De Lima ; Eliete Farias Azevedo ; Lucila Castanheira Nascimento ; Semiramis Melani Melo Rocha	A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas	Criança hospitalizada; Enfermagem pediátrica; Jogos e brinquedos
2008	Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Ana Lucia Francisco, Karl Heinz Efken	Morte e vida: a dialética humana	Adoecimento; morte; finitude; condição humana
2006	Ana Claudia Afonso Valladares; Ana Maria Pimenta Carvalho	Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização	Terapia pela arte; Enfermagem pediátrica; hospitalização.
2006	Ana Claudia Afonso Valladares; Ana Maria Pimenta Carvalho	A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização	Terapia pela arte; Comportamento infantil; Comportamento Infantil ; Criança Hospitalizada
2005	Ana Claudia Afonso Valladares; Ana Maria Pimenta Carvalho	A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica: O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar	Terapia pela arte; Saúde Mental ; Criança Hospitalizada ; Enfermagem Pediátrica
2004	Ana Claudia Afonso Valladares	Arteterapia com crianças hospitalizadas	Terapia pela arte; Saúde mental; Criança hospitalizada.

Quadro 1 - Produções científicas brasileiras que abrangem os constructos “hospitalização” e “arte” no período de 2004 a 2012.

Após uma breve leitura dos resumos de tais trabalhos para averiguar se contemplavam, em alguma medida, a questão norteadora do presente estudo, sete trabalhos foram selecionados, como mostrado no Quadro 2, a seguir:

<i>Base de dados</i>	<i>Palavras chave</i>	<i>Ref. encontradas</i>	<i>Ref selecionadas</i>
Capes	Hospitalização; Arte	16	7

Quadro 2 - Distribuição de referências bibliográficas obtidas nas bases de dados de acordo com as palavras-chave estabelecidas.

Conforme aludido, por meio do cruzamento das palavras-chave foram encontrados 16 artigos. Os sete estudos selecionados são da área da Enfermagem, com temáticas sobre a promoção do desenvolvimento infantil e o papel da Enfermagem nessa questão. Dois estudos apontam a importância do brincar dentro do hospital, da presença do lúdico como estratégia de promoção do desenvolvimento infantil e que este pode ser um meio de exploração interessante para o trabalho do enfermeiro. Promovem o papel da arteterapia, do teatro clown, da musicoterapia e da utilização da brinquedoteca.

A fim de possibilitar a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, a enfermagem deve proporcionar condições ambientais favoráveis a exploração, contendo estímulos visuais, sonoros e táteis. A integração da criança no espaço e a sua inclusão no processo terapêutico podem reduzir o trauma causado pela hospitalização e, dessa forma, reduzir o impacto sobre o desenvolvimento infantil. (FALBO; ANDRADE; FURTADO; MELLO, 2012, p. 148).

É de suma importância o olhar da Enfermagem nesse sentido, uma vez que a área de saúde deve estar mais focada no processo de humanização dos espaços terapêuticos. O foco dessas pesquisas está, principalmente, em perceber o hospital um espaço a ser aproveitado também para o desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas.

Apesar de serem poucos os estudos na área que percebem que a Arte pode ser um meio promotor do desenvolvimento, já é um começo. Entretanto, o mais intrigante é que não foi encontrada nenhuma pesquisa da área da Educação, ou mesmo da Pedagogia Hospitalar e da Psicologia do Desenvolvimento que traga a Arte como um meio promotor do desenvolvimento em meio à situação de hospitalização. Valladares e colaboradores (2004; 2005; 2006a; 2006b; 2011) têm seus trabalhos na área da Enfermagem com foco na arte terapia. Sobre este foco, explica Porto (2010):

A arte terapia é uma modalidade terapêutica que se utiliza das diferentes modalidades expressivas (dança, música, teatro, literatura aliada às artes plásticas), como possibilidades de expressão, comunicação e resgate do potencial criativo. [...] O objetivo da arteterapia é resgatar, desenvolver e ampliar o potencial criativo do sujeito, por meio do processo terapêutico, tendo a arte como fator fundamental do seu caráter e do seu existir. (PORTO, 2010, p. 60).

Apesar da arte terapia ser uma estratégia que dialoga com a arte-educação, pois ambas têm a Arte como fonte do desenvolvimento de suas atividades, o processo de ambas é diferente, pois em uma o foco é terapêutico (curativo; reparador de processos que se apresentam conflituosos para o indivíduo) e na outra o foco é a educação⁵ (desenvolvimento humano e construção de interações).

Esta última tem como fundamento a educação pela Arte, ou seja, possibilitar o desenvolvimento cultural e oferecer meios técnicos para criar, organizar, expressar, transformar e perceber novas formas de apreciação, elaborando senso estético e senso crítico. A arte-educação prioriza a apropriação de recursos e técnicas artísticas como forma de educação do olhar e da sensibilidade, sem cunho terapêutico, isto é, curativo.

De qualquer modo, independente de se a Arte está sendo promovida por arte terapia, arte-educação ou qualquer outra forma na qual a Arte seja o principal recurso, a Arte feita por um indivíduo é a expressão dos seus conhecimentos, referências e relações sobre o mundo. A arte é a manifestação da sensibilização do ser humano diante do ambiente. Por isso, ela pode ser considerada como uma das maiores manifestações da expressão humana e do conhecimento dos indivíduos sobre si mesmos e sobre o mundo.

No contexto da hospitalização, a experiência artística possibilita a oportunidade de o paciente refletir sobre si mesmo, sobre seu meio e sobre

⁵ 1.Do latim *educare*, *educere*, que significa literalmente “conduzir para fora” ou “direcionar para fora”. 2.O termo latino *educare* é composto pela união do prefixo *ex*, que significa “fora”, e *ducere*, que quer dizer “conduzir” ou “levar”. 3.O significado do termo (direcionar para fora) era empregado no sentido de preparar as pessoas para o mundo e viver em sociedade, ou seja, conduzi-las para fora” de si mesmas, mostrando as diferenças que existem no mundo. (Fonte: Dicionário Etimológico)

suas interações, elaborando sua crise de forma simbólica, ou, em outras palavras, afastando-se do concreto através da *abstração* (tal ideia será mais bem explanada no Capítulo 3).

Na criança, o primeiro impulso está ligado à mudança das coisas exteriores, com o que ela adquire intuição de si. Esta relação entre teoria – o intuir, representar e tornar consciente – e a prática – o reconhecer-se, produzir-se modificando o exterior – constituem a necessidade da arte. (OLIVEIRA, 2010, p. 21).

Retomando a ideia do *HumanizaSUS*, o qual afirma que o termo “saúde”, quando olhado de maneira mais abrangente, também é *produção cultural*, conclui-se que a produção cultural em um espaço de tratamento de saúde também é parte do tratamento para o restabelecimento da saúde. “O espaço hospitalar pode ser restrito, mas a energia da vida não se limita ao espaço físico. O hospital promove a vida e a vida exige movimento, a vida é dinâmica, é um aprendizado constante.” (PORTELA, 2009, p. 5005).

3. SISTEMA TEÓRICO DA AFETIVIDADE AMPLIADA (STAA)

3.1 As dicotomias e os dualismos no processo de produção de conhecimento: um breve percurso pela história da ciência

Em nosso cotidiano, tudo o que nos rodeia está relacionado com o saber científico e, muitas vezes, não paramos para perceber a sua existência. Nada do que fazemos está desconectado dos conhecimentos produzidos pelo homem para melhor entender a realidade em que vivemos e seus processos – a evolução tecnológica, os avanços da medicina, a produção de alimentos, a expansão da indústria e até mesmo as relações sociais e a psique humana – tudo está entrelaçado com a ciência. A necessidade de conhecer a realidade é intrínseca ao homem. A ciência nasceu a partir do momento em que os

homens começaram a questionar o funcionamento do mundo, suas relações e a sua própria existência.

Na atualidade, a Filosofia e as diversas ciências buscam responder questões da realidade. Se olharmos de uma maneira mais ampliada, é facilmente perceptível que um elemento da realidade, na verdade, tem conexão com vários campos do saber. Mosley e Lynch (2011) exemplificam a Medicina moderna, que não depende apenas do conhecimento aprofundado da bioquímica das células, mas também de um entendimento profundo da estrutura atômica da matéria que permite o exame de órgãos e ossos, diagnosticando doenças. E não para aí: o domínio de conceitos de Farmacologia e de como determinadas substâncias químicas atuam e reagem com as substâncias e matérias orgânicas do corpo é imprescindível; e, para além dos conhecimentos de Ciências Biológicas e Exatas, é fundamental que se tenha em mente algumas noções de Psicologia e nunca deixemos de se ter como foco o indivíduo, e não somente a doença que apresenta: percebê-lo como um ser humano repleto de subjetividade que luta por sua vida e por seu restabelecimento. A ciência médica avança em prol da maior qualidade de vida humana (pelo menos esse é um dos seus principais objetivos), mas não consegue fazer isso sozinha.

Quando nos deparamos com uma informação como essa, aceitamos com facilidade a ideia de que “sim, uma coisa influi na outra”. No entanto, na prática, “enxergar” que um elemento da realidade é composto de vários outros elementos que fazem parte da mesma realidade não é um exercício fácil de realizar. Seguindo o exemplo anterior, parece-nos até mesmo óbvio que a Medicina esteja interagindo com diversos campos do conhecimento. Mas parar para analisar, por exemplo, que o fácil acesso que temos à energia elétrica hoje em nossos domicílios deve-se a uma extensa compreensão da Geologia e das profundezas da terra, das leis da termodinâmica, dos conhecimentos sobre construção civil da Engenharia e da Arquitetura, do planejamento urbano dos urbanistas e geógrafos, além das leis físicas que regem a eletricidade, causa-nos certa admiração. Na verdade, toda e qualquer descoberta científica e seus avanços contém, necessariamente, diversas relações com muitos saberes, de diversas áreas. A admiração que nos toma conta ao começarmos a analisar em cada pequena ou grande coisa que nos rodeia todas as suas relações com os

diversos campos do conhecimento é causada porque não estamos acostumados a enxergar e perceber as coisas de maneira ampliada.

Há muitos fenômenos biológicos ocorrendo em nosso corpo nesse exato momento. Mas há também diversas reações químicas e descargas elétricas matematicamente exatas ocorrendo nesse mesmo corpo. Também há muitos pensamentos e sentimentos que estão sendo processados nesse mesmo instante, no mesmo corpo. E do que são feitos pensamentos e sentimentos? O que sabemos é que eles têm origem no cérebro (regido por leis biológicas, químicas e físicas), mas pensamentos e sentimentos não são coisas palpáveis e concretas, nem são vistos no microscópio; mas, mesmo não sendo elementos empíricos e concretos, são objetos de estudo da ciência. E, assim, as diversas relações entre fenômenos estão presentes em toda a nossa realidade – realidade esta que a ciência busca, cada vez mais, desvendar.

Uma pergunta fundamental sobre produzir conhecimento envolve o pensar o que motiva o homem a fazer ciência. Curiosidade e admiração são sentimentos que motivam (e toda ação tem um motivo para acontecer) o homem em busca de um movimento (avanço) para proceder em prol do discernimento das coisas. E discernir as coisas significa compreender e apreender a realidade de forma que possamos modificá-la e moldá-la para aumentar a qualidade de vida. É esse o objetivo da ciência: melhorar a vida humana.

Mas de que forma a ciência tem buscado desvendar os mistérios que a nossa vivência e a realidade nos defrontam? Em primeiro lugar, cada explicação e conhecimento oferecido pela ciência estão relacionados com o seu tempo e a maneira como as respostas são alcançadas dependem necessariamente da época em que foram produzidas. No desenrolar da história da ciência,

[...] ao longo dos séculos, a influência das forças históricas, da personalidade, do dinheiro e da tecnologia se faz sentir em todos os avanços científicos. Cada explicação de como o mundo funciona oferecida pela ciência, é, em larga medida, produto de seu tempo. (MOSLEY; LYNCH, 2011, p. 13).

Para se fazer ciência o homem precisa ter postura ativa, de alguém produtor de respostas e que tenta procurar soluções para as suas dúvidas e problemas. O conhecimento científico exige poder de ação e o controle dos fenômenos. Köche (1997) discorre sobre as concepções históricas da ciência e seus métodos que começaram na Grécia antiga com os filósofos pré-socráticos. O conhecimento científico nessa época era desenvolvido pela Filosofia, não havia distinção entre um e outro. Foi nesse contexto histórico que se iniciaram os primeiros questionamentos e a noção da diferença entre senso comum e ciência. O racionalismo passou a ser extremamente valorizado, acreditando-se ser o único meio de atingir a sabedoria. Saindo da Grécia e chegando à Europa a partir do séc. XV, temos a ciência moderna no período Renascentista. A ideia dos cientistas e filósofos da época era fazer ciência, produzir conhecimento, retomando ideias clássicas gregas. Nesse período, a Igreja tinha o centro do poder e o homem sentiu necessidade de entender o mundo em maiores detalhes, direcionando-se ao antropocentrismo – direção contrária àquela que a Igreja pregava, que o homem não poderia compreender a realidade das coisas, apenas Deus (teocentrismo).

Muitas questões precisavam de relações numéricas e de uma forma de controle de variáveis, exigindo uma ciência quantitativa, o diálogo científico entre homem e natureza, e a meticulosa observação de elementos que compõem um fenômeno. A partir da busca de respostas e soluções, o homem precisou criar métodos para que tal busca percorresse um caminho minucioso. Muitos cientistas e filósofos participaram desse projeto, como por exemplo, Bacon (1561-1626), Galileu (1564-1642) e Descartes (1596-1650). Nessa época, em pleno século XVI, a transcendência tinha alto valor na sociedade e o homem precisava renascer de uma maneira ou outra – mesmo que em seu próprio espírito, como um ser autônomo e pensante. Uma visão fortemente cientificista experimental e racionalista tomou conta desse período e ideias clássicas foram retomadas como um método para tal jornada.

O método cartesiano criado pelo francês René Descartes, conhecido como o “pai do racionalismo” e autor da célebre obra “O discurso do método”, estava dentro da visão racionalista da época, acreditando-se que qualquer conhecimento deveria ser produzido dentro de um caminho bem delineado e só teria valor se as “paixões” (emoções) humanas fossem mantidas sob controle e

não interferissem na produção do mesmo; apenas atributos cognitivos deveriam ser considerados para a busca do saber. Sua intenção era “empregar o método matemático também na reflexão filosófica, construída a partir de conclusões eminentemente racionais e lógicas” (GAARDER, 2013, p. 270). Descartes, então, foi aquele que lançou as bases do pensamento científico moderno, ao defender como sendo fundamental para o seu avanço o predomínio da razão, colocando-a à parte da emoção. “Descartes, desta forma, “coroa” o dualismo como sendo fundamental para o que ser humano se desenvolva, crie, descubra, inove, garantindo assim a sua superioridade existencial como ser pensante.” (CEBULSKI, 2014, p. 22).

O novo ideal de saber instituído por Descartes na origem da sua filosofia teve a ambição de englobar não só todas as partes da “ciência lógica” (como as Matemáticas, a Física e a Psicologia, que iriam receber uma nova orientação), mas também a Arte deveria ser submetida à mesma exigência estrita, sendo aferida conforme a “razão” (CASSIRER, 1937, p. 371). A Arte, vista como mera imitação da natureza, técnica e trabalho artificial, deveria estar submetida às mesmas leis da natureza. Na vigência, então, do alto intelectualismo, a sensibilidade e a imaginação passaram a ser vistas como desviadoras da razão e da busca da verdade. O intelectualismo era o maior conceito hierárquico para a busca da verdade, enquanto o belo e o estético foram ligados ao sujeito (à sua subjetividade) e considerados puramente sensoriais. A Arte (a estética) passou a ser vista como um campo do conhecimento válido somente se fosse ligada à Geometria, que estava submetida às regras universais matemáticas. Para Descartes, a Matemática apreendia a verdadeira “unidade na multiplicidade” (CASSIRER, p. 383).

Ao longo da história da ciência há diversos pensadores que expandiram o projeto de Descartes, como, por exemplo, o físico iluminista Isaac Newton (1642-1727), que estipulou o método indutivo-experimental alegando que a ciência deveria ser precisa e racional. Por outro lado, contemporâneo a Newton, Baruch de Spinoza (1632-1677)

[...] defendia uma filosofia que, basicamente, proferia ser a ética⁶ humana a mesma da natureza. E que a localização de tal princípio interacionista era justamente o fundamento que deveria reformar o intelecto para encontrar a ‘beatitude’, a felicidade. (SANT’ANA-LOOS, 2013, p. 22).

Apesar de Spinoza situar-se na tradição racionalista de sua época, ele não tinha uma compreensão de mundo dualista como Descartes. Ele foi um legítimo representante do *monismo*, pois relacionou a natureza e todas as relações vitais a uma única e mesma “substância”. Spinoza não via a separação de matéria e pensamento, como o fazia a visão dualista. Ele procurou romper com o dualismo e acreditou que poderíamos atingir uma experiência cristalina de que tudo está conectado, e enxergar tudo o que existe num só olhar. A peculiaridade do ser humano de possuir uma alma não separada do corpo foi exaltada por esse pensador, pois são dois atributos que se refletem mutuamente (GAARDER, 2013; CEBULSKI, 2014).

Após um longo período de racionalidade científica, alguns movimentos tentaram resgatar a cultura e o valor das emoções, da imaginação, da criação, enfim, das “paixões” como produtoras de conhecimento. Por exemplo, o Romantismo, movimento que teve início no final do século XVIII e durou até meados do século XIX. Gaarder (2013, p. 378) narra o fato de o Romantismo ter sido uma reação ao racionalismo, tendo como palavras de ordem “sentimento”, “fantasia”, “experiência” e “anseio”. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) foi o precursor do Romantismo. Os românticos diziam que apenas a Arte poderia nos aproximar do que é “indizível”. A liberdade, a autonomia e a criação foram ideais muito valorizados nesse período. A riqueza cultural dessa época foi uma tentativa de ruptura com o racionalismo exacerbado. Há uma ligação entre a ideia monista de Spinoza e o ideal romântico, a respeito de tudo estar conectado a um só olhar: a sensação do “eu” não estar separado da natureza.

As ideias românticas de Rousseau fizeram com ele contribuísse significativamente para os campos da Pedagogia e da Psicologia, pois ele

⁶ Por “ética”, podemos entender a “arte de viver”, como quanto “moral” (GAARDER, 2013, p. 270).

acreditava “que a criança deveria ser educada em liberdade, sendo respeitadas as diferentes fases pelas quais passa até chegar à juventude. Sua concepção de educação influenciou várias correntes educacionais no século XIX e XX” (CEBULSKI, 2014, p. 49). Com o Romantismo e os ideais de valorização das emoções humanas e da Arte, a subjetividade humana começou a ser o foco de muitos pensadores da época. O filósofo francês Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780), amigo de Rousseau, acreditava que as ideias têm origem nas sensações. Ele percebeu o elo em comum entre Arte e Ciência através da linguagem. “São dois níveis e duas direções diferentes de uma só e mesma função intelectual que se exprime na criação e no uso de sinais” (idem, p. 386). Cebulski (2014) descreve que, nesse período, a valorização da subjetividade estava reiniciando. O filósofo amigo de Rousseau, Condillac, acreditava que o homem se diferencia dos outros animais porque verbaliza as suas sensações.

Por mais que tenham existido e ainda existem muitos questionamentos e estudos científicos em relação às emoções e à subjetividade, percebemos em nossa sociedade de hoje, ainda, fortes reflexos do paradigma que apregoa a supremacia da razão em detrimento da emoção. Descartes “coroou” esse dualismo como fundamental para o que ser humano pudesse se desenvolver e o mesmo permanece até os dias de hoje. “É fato a vigência do dualismo como fio condutor não só nas investigações feitas na esfera científica, mas das relações humanas em geral – consigo mesmo, com o outro, com a natureza.” (CEBULSKI, 2014, p. 109).

No século XIX, a Psicologia foi reconhecida como ciência, pois os estudos e avanços na busca do conhecimento do que constitui o homem e suas necessidades cresceram. Mas a “filha” da Filosofia seguiu a tendência científica fragmentadora e dualista – como ainda hoje podemos perceber uma Psicologia fragmentada e dividida em diversas “linhas” teóricas e correntes de pensamento. Nesse sentido, o cientista bielo-russo Lev Vygotsky (1896-1934), “que levou para a sua teoria a proposição de Spinoza de superação dos dualismos na concepção do ser humano” (CEBULSKI, 2014, p. 23), sentiu a necessidade de propor uma nova visão de homem, e novos conhecimentos de psicologia deveriam ser produzidos para a compreensão e a apreensão do que é o homem, como indivíduo subjetivo, mas, ao mesmo tempo, social e cultural.

Como já discorrido anteriormente, a ciência e os métodos científicos sempre foram condicionados por seu contexto histórico. Köche (1997) cita o físico e historiador da ciência francês Pierre Duhem (1861-1916) como um afirmador de tal proposição. No início do Século XX, o mito da objetividade pura e isenta de influências pessoais do cientista na produção de conhecimento quebrou-se e se reconhece, hoje, que a ciência é um produto do conhecimento humano e, como tal, é afetado por diversas esferas da vida humana. Sobre isso colocam Mosley e Lynch (2013):

A história da ciência muitas vezes é narrada como uma série de grandes avanços, revoluções sociais e lampejos de genialidade dos cientistas. Mas há sempre um antes, um depois e um contexto histórico envolvido. O desenvolvimento científico não se dá no vazio. A ciência sempre foi parte do mundo onde é praticada. E este mundo está sujeito a todas as complexidades e interações da política, da paixão, da sociedade e do lucro. Os avanços científicos são produtos das mesmas pressões sociais e estão sujeitos aos mesmos triunfos e fracassos que afetam todas as outras áreas da vida humana. (MOSLEY; LYNCH, 2013, p. 9-13).

Para Köche (1997), a criatividade é um elemento fundamental na ciência, ao contrário da visão que o dualismo e o racionalismo pregam. Baseado em Popper (1975), Köche afirma que a ciência avança pela correção permanente de seus erros e pela ousadia e determinação de seus pesquisadores sempre formularem novos problemas e novas hipóteses. O autor enfatiza: “A ciência atual reconhece que não há regras para o contexto de descoberta, assim como não as há para a arte. A atividade do cientista se assemelha às do artista. Caminhos os mais variados podem ser seguidos pelos diversos pesquisadores para produzir uma explicação.” (KÖCHE, 1997, p. 73).

A ciência sempre foi e sempre será uma investigação incessante de explicações de cada vez mais dúvidas e problemas propostos ou novos. E, assim, a ciência não é um produto de um processo mecânico e técnico, mas antes de tudo, um produto do espírito humano.

3.2 Uma nova maneira de perceber as interações e a realidade da educação

Se a ciência é sempre condicionada pelo seu contexto histórico, podemos refletir: qual é o contexto histórico contemporâneo? Quais são as áreas da vida humana que precisam melhorar? Quais as principais carências, as que nos motivam a produzirmos mais conhecimento (ciência)? O objetivo da ciência é melhorar a vida humana, em níveis micro e macro, no particular e no todo. Uma das questões que esse estudo quer ressaltar é a falta de interação dos diversos saberes construídos pelo espírito humano (como os conhecimentos científicos) e por sua extrema fragmentação. Os saberes, hoje, são excessivamente fragmentados em disciplinas e a ciência valoriza a hiperespecialização: a especialização que se fecha em si mesma sem permitir integrações com problemáticas globais e multidimensionais. Defende-se, aqui, que a ciência atual necessita de conhecimentos capazes de englobar e contextualizar diversas e diferentes dimensões de nossa realidade. “A aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida e não atrofiada.” (MORIN, 2012, p. 16).

Para Sant’Ana-Loos (2013), se um dos objetivos da ciência é o de conduzir o humano a alcançar maior consciência (cons-ciência ou “ciência feita em conjunto”) acerca dos fatos da realidade, quanto mais recortes, fragmentações e distorções são introduzidos na análise dos fenômenos, menor controle temos dos mesmos. A dificuldade de perceber as influências e interações de um fenômeno sobre o outro desse modo só aumentarão, ocasionando desequilíbrio em nossa compreensão acerca deles.

A questão chave à qual pretende-se chegar é a respeito de como a ciência tem visto e produzido conhecimento sobre nós mesmos. Sobre as interações que criamos, construímos e mantemos (ou não) todos os dias de nossa vida. Será que, como humanidade, temos avançado nesse sentido? O que podemos perceber cotidianamente, ao nosso redor, em relação às interações humanas com o mundo? Será que realmente nos conhecemos?

Buscamos por interações e interagimos o tempo todo. E é através das interações é que nos desenvolvemos, conforme já explicado anteriormente. Porém, a espécie humana parece compartilhar, além das características

biológicas, uma certa dificuldade de *ser* (SANT'ANA; LOOS; CEBULSKI, 2010). O homem parece um tanto quanto “perdido”, pois não nasce “pronto”, como os outros animais. Estes não parecem ter tantas dificuldades em se lançarem ao que estão determinados a serem. O homem, desde que nasce, é dependente em questões básicas, assim como os animais quando são filhotes: cuidado materno, alimentação, conforto e segurança. A diferença é que além dos animais criarem independência mais facilmente, não precisam lidar com determinadas questões com as quais o homem tem de lidar para sobreviver. A “lista” de necessidades do homem para se desenvolver e sobreviver aumenta conforme ele cresce: Além de suas necessidades básicas, o homem...

Necessita de *afetividade*, do amor dos pais, da família, da alteridade de sua espécie; da *razão*, para dominar a loucura que sempre se aproxima quando são inúmeras as possibilidades de ser; de *educação*, de uma condução cognitiva para aprender a analisar a realidade, tão diversificada, segundo a percepção humana. (SANT'ANA; LOOS; CEBULSKI, 2010, p. 111).

Nossa existência como seres humanos depende da afetividade. E também a própria ciência é um produto da afetividade. Toda descoberta científica e as novas propostas de produção de conhecimento são muito influenciadas pelo contexto histórico singular de seus autores (MOSLEY; LYNCH, 2013 p. 11).

O presente trabalho tem, como uma de suas referências principais, dois autores contemporâneos brasileiros, René Simonato Sant'Ana-Loos e Helga Loos-Sant'Ana, que conjuntamente vêm se empenhando em buscar cientificamente soluções para os problemas que enfrentamos em relação às interações humanas, tendo como principal foco a afetividade. Destaca-se *afetividade* aqui não como popularmente é utilizada essa palavra, no sentido de carinho, de atenção, mas de interação, dentro do conceito de *dialética do “afetar e ser afetado”*. Os autores buscam ampliar o conceito de afetividade propondo o *Sistema Teórico da Afetividade Ampliada (STAA)*. Nas palavras dos próprios autores: “[...] lutamos por resgatar o papel da afetividade, das emoções, dos sentimentos, enfim, da sensibilidade humana de forma geral no rol das análises científicas”. (SANT'ANA-LOOS, LOOS-SANT'ANA, 2013a).

O STAA “[...] busca demonstrar o impacto das diversas forças que influenciam o desenvolvimento do humano, tendo como foco primeiro a análise da qualidade das interações: como elas *afetam-se* mutuamente.” (PALUDO; LOOS-SANT’ANA; SANT’ANA-LOOS, 2014, p. 93).

As nossas interações são dinâmicas, portanto, sugerem movimento. O que nos coloca em movimento, segundo o STAA, é a *emoção*. O movimento é a nossa própria identidade posta no mundo e nossa energia de ativação, aquilo que nos impulsiona a interagir. A motivação (motivo que conduz uma ação) pode ser a busca de adaptação, a qual pode estar inserida em uma interação ou em uma instrumentalização; ou a motivação também pode ser a pretensão de alcançar o desenvolvimento – nesse caso, uma aquisição de recursos ou habilidades – ou o almejar de uma conquista com objetivo existencial. Nossa energia de ativação (a emoção) também pode nos movimentar para a busca de melhores interações. Mas que interações são essas? Segundo o STAA as interações entre *eu* e o *outro*; pode ser com qualquer outro: uma pessoa, um animal, um objeto, uma ideia, um conceito... qualquer elemento que esteja organizado dentro de um sistema.

Sant’Ana, Loos e Cebulski (2010) inspiraram-se nas reflexões do filósofo Arthur Schopenhauer (1788-1860) sobre a natureza da *vontade* na percepção do mundo pelo homem e explicam que, para o referido filósofo, a *Vontade* com “V” (maiúsculo) representaria a essência geral da realidade e das possibilidades; enquanto a *vontade* com “v” (minúsculo), seria a essência da existência humana. Aproveitando essa mesma convenção, explicam a natureza da afetividade, podendo existir, então, “duas afetividades” a serem levadas em conta. A primeira com “a” (minúsculo) é a ideia que representa as relações sociais humanas, ligadas às emoções e afetos, sentimentos e sentidos que acontecem nas interações imediatas e dentro do próprio organismo (estando esta mais próxima ao sentido popular da palavra “afetividade”). Já a segunda *Afetividade*, com “A” (maiúsculo) representa o panorama geral da existência de um ser. Ela diz respeito à vida como um resultado de relações de tudo com tudo, de todos com todos, gerando, por excelência, encontros – que podem se dar, inclusive, na forma de choques, embates, conflitos. “Do resultado desses ‘conflitos’ é que nasce a afetividade entre as possibilidades de existência.” (SANT’ANA; LOOS; CEBULSKI, 2010, p. 115).

Na perspectiva das *interações*, tudo o que nos rodeia faz parte de nossas interações, pois tudo envolve uma relação afetiva (de afetar algo ou alguém e de ser, também, afetado por algo ou alguém). Porém, a questão principal é a *qualidade* com que essas interações ocorrem. Em outras palavras, como o *outro* (lembrando que o “outro” pode ser qualquer elemento inserido em um sistema, e não necessariamente uma pessoa) nos afeta e qual o resultado (interno e externo) desse encontro. Como vem sendo trabalhada a qualidade das interações na educação e na ciência? Não é lógico que se houver supervalorização de apenas uma esfera no conhecimento e na produção humana (como já foi argumentado anteriormente nesse texto), acarretará em desequilíbrio? Por falta de compreensão ampliada da realidade, estamos criando um sério problema para nós mesmos: estamos fomentando o caos, a entropia, em vez de combatê-los (LOOS-SANT’ANA, SANT’ANA-LOOS, 2014).

Um dos fenômenos mais entrópicos e fragmentados da nossa realidade parece ser a educação, e seu principal objetivo, que é a promoção do desenvolvimento humano, vem se perdendo. Por isso, há uma enorme necessidade de produção de conhecimento nesse sentido. Nessa linha, um dos objetivos do presente estudo é aliar-se a esta nova visão (científica e de ciência) a respeito deste tema tão delicado, que envolve todos os seres humanos e as suas diversas esferas de vida.

Tendo em vista a dialética do “afetar e ser afetado”, podemos considerar que somos um produto da afetividade (bem como da Afetividade, conforme aludido anteriormente). Em verdade, tudo na vida é resultado da afetividade. Estamos sendo afetados e afetando o tempo todo. A nossa cognição, racionalidade e personalidade também são frutos da Afetividade, pois foram moldados conforme cada afeto que vivenciamos ao longo das nossas vidas, além de estarem ligados à essência da natureza e do universo. Logo, conclui-se que razão, cognição e afetividade compõem um e mesmo fenômeno: “Não há supremacia da cognição em detrimento da afetividade, por constituírem o mesmo fenômeno: o do entendimento da realidade; baseando-se nos afetos sentidos e percebidos pelo sujeito.” (SANT’ANA; LOOS; CEBULSKI, 2010, p. 110).

Se não há, de fato, supremacia da cognição em detrimento da afetividade, percebemos alguns problemas no modo como nosso sistema

educacional lida com as questões da razão e da emoção. Apesar dos esforços de muitos pensadores ao longo da história da ciência de romper com tal dicotomia (conforme mostram alguns exemplos citados anteriormente), hoje ainda se encontra, na razão, o valor máximo da vida, não havendo um lugar legítimo para as emoções: por isso a escola é um ambiente racionalista.

Talvez isso tenha sido reforçado pela Revolução Industrial ocorrida no século XIX. A troca do trabalho humano pela máquina e a necessidade de mais tecnologia obrigou o homem a tomar uma postura mais racional e objetiva para se adaptar frente a tais mudanças, deixando de lado aspectos importantes de sua subjetividade. Peixoto (2003) diz que, hoje, vivemos em uma estrutura socioeconômica desumana, no qual o trabalho livre e criador – pelo qual o homem constrói o mundo e a si mesmo – transmuta-se em trabalho alienado que nega a possibilidade de realização de sua humanidade. Reflexos de tais valores são vistos na lógica do sistema educacional, ao se perceber que as ideais condições de educação e desenvolvimento humano são, frequentemente, identificadas com aquelas do desenvolvimento econômico:

Tal consideração pode ser corroborada pela recente assinatura (realizada dia 21 de Outubro de 2013) de acordo de adesão participativa do Brasil ao PISA (Programa Internacional de Avaliação de Estudantes), programa que é elaborado pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) [...] o Brasil está vinculado a um órgão que, desde o seu nome, assume a função de organizar e auxiliar o desenvolvimento econômico. E em seus princípios, congregados na leitura dos dados sobre o Brasil (OECD, 2013), esta instituição assume, como princípio, a ideia de que *a educação aumenta a produtividade e reduz a desigualdade*. (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2014, p. 181).

Claro que a ideia do desenvolvimento econômico também é de extrema importância para qualquer nação. Mas os investimentos realizados são muito mais focados no retorno “produtivo” (no sentido econômico estrito) que em qualquer outra preocupação de caráter humano, visando-se a “aquisição” de mais trabalhadores “qualificados”. Mas a que preço? Será que as crianças que estão nas escolas hoje são encaradas pelo sistema educacional como algo para além de “futuros trabalhadores a serem investidos”?! Aí está novamente a

valorização da dicotomia cartesiana e da sociedade capitalista: razão em detrimento da emoção; produção em detrimento da subjetividade; existência em detrimento da vida.

Nessa linha de raciocínio, percebemos que nossa sociedade encontra-se em risco. O real desenvolvimento humano – no sentido já discutido anteriormente – vem cada vez mais sendo deixado de lado pela educação. Uma das premissas do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) localiza-se, exatamente, na busca de romper as dicotomias e dualismos, como razão x emoção, homem x natureza, ciência x arte, etc., perseguindo uma concepção do todo e entendendo que tudo está em interconexão:

[...] a referida teoria busca avançar no entendimento e na explicação do crescimento cognitivo, emocional e social, ou seja, das diversas facetas do desenvolvimento psicológico humano, em uma perspectiva de análise integralizadora, monista, no intuito de destituir o antagonismo da dicotomia e os prejuízos do dualismo. (PALUDO, LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2014, p. 91).

Um conjunto de ideias baseado no monismo parte do princípio de unidade: “*Monismo* é uma concepção, em princípio filosófica, que busca *observar a realidade por um princípio único*, um fundamento elementar, sendo todas as coisas desta realidade redutíveis a tal princípio de unidade.” (SANT'ANA-LOOS, 2013, p. 109). Os princípios do STAA vêm ao encontro da necessidade de superar, principalmente, a dicotomia entre *razão* e *emoção*, e da busca de levantar as bases de estudo do desenvolvimento que levem em conta o caráter multifacetado do ser humano – que deve ser compreendido enquanto ser biológico, cognitivo, afetivo-emocional, social e universal (CEBULSKI, 2014, p. 110).

Além de ideias dicotômicas que devem ser ultrapassadas, há “sinônimos equivocados”, os quais também devem ser superados. Duarte Jr. (1991) diz que a educação, uma atividade fundada na relação e no diálogo, foi transformada em ensino: um despejar de respostas pré-fabricadas e questões percebidas como irrelevantes pelos alunos, exceto para passarem nos exames e tirarem boas notas. É muito comum percebermos, em alunos adolescentes que atualmente cursam o Ensino Médio, a preocupação com exames nacionais

de seleção para o ensino superior, como o ENEM e o Vestibular. Todo o foco do Ensino Médio passou a ser voltado para se obter bom desempenho em tais provas. Razão e raciocínio lógico são entendidos erroneamente como sinônimos, e a escola valoriza quase que exclusivamente as disciplinas que visam desenvolver habilidades lógico-matemáticas. Um exemplo claro e atual é a carga horária de aproximadamente 200 a 250 minutos por semana de aulas de Matemática nos três anos do Ensino Médio contra 50 minutos de aulas de Artes, sendo que em muitas escolas essa disciplina é sumariamente eliminada no último ano. Este é o modelo de educação vigente em nosso país.

Toda essa preocupação com disciplinas que funcionam a partir de “verdades científicas” obtidas somente pelo viés do racionalismo existe por serem, tais conteúdos, muito cobrados em exames nacionais de avaliação de desempenho. O olhar foca-se no *desempenho* (como sinônimo de produtividade, como há pouco mencionado), desacompanhado dos processos, dos motivos, do desenvolvimento, do bem-viver que a ciência deveria procurar garantir. “A ciência tornou-se a pedra fundamental no edifício do saber e do agir humanos, e sobre este conhecimento científico repousam os nossos critérios de verdade.” (DUARTE JR., 1991, p. 32). Valorizar e acreditar apenas em fatos cientificamente comprovados faz com que outras formas de conhecimento sejam relegadas a um plano inferior, como a Arte e a Filosofia (ironicamente, o nascedouro de todo o conhecimento humano), por exemplo. O saber objetivo e racionalista tornou-se um valor básico de inteligência em nossa sociedade. Entretanto, um olhar mais apurado permite observar que “[...] todas as disciplinas, tanto nas ciências naturais, quanto nas ciências humanas, podem ser mobilizadas para convergir para a condição humana.” (MORIN, 2012, p. 43). Uma forma disso se realizar é atentando-se a outros processos de desenvolvimento humano além do exclusivamente cognitivo e preocupando-se com a qualidade das interações que realizamos todos os dias.

Outro exemplo da supervalorização, pelo nosso sistema educacional, das disciplinas e atividades voltadas ao racionalismo é também trazido pelos autores do STAA:

Um bom indício dessa situação é, entre outros, a quantidade de bolsas e incentivos do CNPQ e CAPES (órgãos de fomento à pesquisa no Brasil) dados às áreas

tecnológicas em comparação às ciências humanas. Neste sentido, é preciso lembrar que é a academia quem forma os professores que vão para a escola, a educação pública. E, se estes levarem tal condicionamento comportamental sobre as prioridades na lida com o conhecimento, será essa mesma lógica que levarão para o nicho da sala de aula, para os educandos em geral, retroalimentando o ciclo. (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2014, p. 188).

É triste perceber que, na realidade, a negligência presente nas formas pelas quais a ciência psicológica e a educação contemporânea contemplam os aspectos relativos ao intelecto e à esfera afetivo-emocional está presente nas políticas públicas e na forma de gestão educacional do país. Vygotsky, já no início do século XX, advertiu contra esse fato, mas poucos avanços efetivos relativos a essa questão se fizeram notar desde então (SANT'ANA-LOOS, 2013, p. 221).

Retoma-se aqui o monismo de Spinoza (1632-1677), que defendia a localização de um princípio interacionista como o fundamento que deveria realizar a “Reforma do Intelecto” para possibilitar o encontro da felicidade. Destaca-se que a *felicidade* à qual ele se referia é uma condição para a qual precisamos direcionar nossos esforços de desenvolvimento e evolução como espécie, buscando a compreensão de nossa realidade e produzindo conhecimento (idem, p. 22).

A superação de toda essa instabilidade em nossa condição humana (que se projeta, então, na ciência, na educação e em diversas esferas da vida humana) é a proposta que o STAA, como uma meta-teoria, oferece como caminho para a integralização do conhecimento, uma vez que somente haverá uma verdadeira evolução do humano enquanto espécie se entendermos a nossa realidade de modo unificado (SANT'ANA-LOOS; LOOS SANT'ANA, 2013a).

3.3 Os sistemas dinâmicos e interacionais em foco

A realidade sempre foi o objeto de estudo da ciência. Podemos, aqui, lançando mão de um exemplo, ilustrar a realidade como sendo a luz solar. Quando esta é fragmentada, observamos seus variados espectros: o conjunto

de luzes coloridas – como o arco-íris e a decomposição da luz branca em um prisma, que se divide em sete cores de luz.

A realidade do mundo que nos cerca – e da qual fazemos parte –, é ampla: os fenômenos biológicos e da natureza, a realidade microscópica (que não vemos diretamente) do mundo físico e químico, a realidade social e até nossa realidade interna; todos esses fenômenos fazem parte de nossa realidade como um todo. Porém, todos esses (e outros) espectros da realidade não estão desvinculados um do outro, mas estão em constante interação, afetando um ao outro mutuamente, em um *sistema dinâmico* – utilizando-se a ilustração dada, os espectros ainda são o conjunto de luzes coloridas que formam a luz branca, apesar de sua apresentação em dado momento estar individualizada e apresentando-se diferente do original.

Apesar dessa ideia não ser tão complexa de se imaginar, não estamos acostumados a olhar a realidade e o mundo de forma ampliada. Edgar Morin (1921-), filósofo contemporâneo francês, afirma que “[...] a maior contribuição de conhecimento do século XX foi o conhecimento dos limites do conhecimento e a maior certeza é a da indestrutibilidade das incertezas.” (MORIN, 2012, p. 55). Como abordado anteriormente no presente trabalho, foi nesse século que o homem passou a perceber que a ciência não explica tudo, que sempre existirão lacunas no conhecimento, e que o racionalismo radical e a neutralidade da ciência são elementos utópicos.

Ainda assim, a ciência que está em vigência ainda hoje, em pleno século XXI é uma ciência racionalista e fragmentadora:

O conhecimento científico comporta, ao mesmo tempo, separação (diferenciação, oposição, seleção, exclusão) e ligação (conjunção, inclusão, implicação), análise e síntese; mas nossa civilização e, por conseguinte, nosso ensino privilegiaram a separação em detrimento da ligação, e a análise em detrimento da síntese. (MORIN, 2012, p. 22).

Nossa produção de conhecimento em busca de soluções e respostas foi, ao longo do tempo, cada vez mais fazendo recortes, selecionando, excluindo, fragmentando e hiperespecializando saberes. Buscar formas de aprofundamento do conhecimento não é exatamente o problema. O problema é

que depois de separar e recortar tanto as partes (as peças do todo), não sabemos mais como uni-las novamente, pois deixamos escapar da percepção as ligações de uma com a outra (como em um grande quebra-cabeça), considerando-se a realidade dinâmica. Decorre ainda que, dentro desta “lógica”, vendo sendo considerado insensato e ingênuo buscar resgatar os elos de ligação entre os fenômenos e apontar incoerências e equívocos óbvios nesta maneira, considerada a única “correta”, de se fazer ciência (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SAN’TANA, 2014a; 2014b).

Apesar do sentido geral da ciência ser o da compreensão da realidade de forma imparcial e universal para encontrar soluções que possam aumentar a qualidade e o bem estar da vida humana, percebemos as fragmentações em qualquer área da ciência que procuram produzir conhecimento sobre a realidade multifacetada, seja nas ciências humanas, biológicas ou exatas. Essa mesma separação das ciências já é uma amostra disso – na verdade, as “três ciências” são apenas diferentes espectros dentro de um mesmo sistema, que foram separadas por questões “didáticas” e, agora, não se consegue mais perceber as conexões entre elas. Tais separações refletem até mesmo em nosso cotidiano: na saúde, na educação, na política, na religião... Não há diálogo nem entre uma área e outra, e nem entre as diversas “vertentes” dentro de uma mesma área (inclusive, infelizmente é comum, por exemplo, haver discórdia e preconceito entre áreas médicas distintas, entre disciplinas ou entre denominações religiosas diferentes). Nesse ponto, já não sabemos definir ao certo onde está a ligação e a separação entre os fenômenos (ou espectros da realidade).

A tradição vigente busca entender o mundo de duas formas básicas: materialmente e idealmente. A primeira forma, a concreta, justifica-se ao percebermos que existem coisas e fenômenos à nossa volta, inclusive que nós mesmos temos um corpo material. A segunda forma aparece porque criamos ideias e conceitos sobre as coisas, definindo-se identidades distintas. Acabamos, desse modo, construindo padrões (crenças) de mundo e de como as coisas funcionam e se relacionam – e é exatamente nesse ponto onde se criam muitas vezes, preconceitos e conflitos interacionais, já que temos dificuldade de realizar diálogos e encontrar sínteses.

Para compreender a realidade de maneira unificadora e ampliada, precisamos da “substância” (voltando à ideia de Spinoza sobre a existência de um elemento unificador). Tal substância pode ser, então, a visão monista que Spinoza e Vygotsky defendiam e que deveria ser o elo de ligação dentro de um método científico que permita a análise dos fenômenos e suas interações de forma integral. Portanto, parece ser apropriado afirmar que “o caminho para a unificação da compreensão da realidade e do método científico está diretamente relacionado com a ampliação do conceito de *interação*.” (SANT’ANA-LOOS, LOOS-SANT’ANA, 2013b).

A ciência, de um modo geral, tem se preocupado muito mais com a análise da constituição de parcelas da realidade do que com a realização do exame perspicaz, e não necessariamente menos profundo, das interações entre elas. A confecção de uma lógica científica que engloba a lógica do real – do sistema dinâmico das interações – a respeito do encaminhamento da melhoria das mesmas é o que o STAA denomina como a “lógica do afetar e ser afetado”: um fenômeno dado por um processo determinado entre os participantes da relação interacional; uma lógica que nos dê subsídios de interpretação da ação rumo às interações – do *eu* rumo ao *nós*, ou da subjetividade direcionada à objetividade, ou do singular em seu papel de constituição do todo e vice-versa. (SANT’ANA-LOOS, LOOS-SANT’ANA, 2013c, p. 9). O produto de uma interação dentro de um sistema pode configurar-se como equilibrado ou como caótico. Dependendo da maneira como cuidamos destes *afetos*, pode-se causar o equilíbrio ou o desequilíbrio de um sistema.

O nível de caos e desequilíbrio de um sistema é denominado *entropia* (conforme aludido anteriormente). Esse conceito vem da termodinâmica e é a medida de desordem das partículas de um sistema físico. Há uma tendência natural de os sistemas caírem em um estado de desordem. À medida em que a entropia de um sistema aumenta, a energia diminui, gerando instabilidade e desequilíbrio. Verificamos muitos sinais de que nosso organismo físico, como também o mundo social e psíquico humano, quando não cuidado adequadamente, caminha para a desordem e para a doença. Porém, se há o princípio de desordem e desequilíbrio, há necessariamente, seu contraponto, o princípio de ordem e equilíbrio: a *homeostase*, que é a regulação do equilíbrio e

do ambiente interno para a manutenção da estabilidade, mediante múltiplos ajustes controlados por mecanismos de regulação interrelacionados de equilíbrio dinâmico de um sistema.

Os ciclos de entropia e homeostase é a base de toda a nossa espécie. O próprio Big Bang é um exemplo disso: ao desintegrar-se o universo, após vários períodos de entropia e homeostase que se seguiram, organizou-se. A vida na terra só teve início porque antecederam-se a ela milhões e milhões de anos onde alternaram-se períodos de desequilíbrio e equilíbrio. Morris (1999) explica que, aproximadamente há 3,5 bilhões de anos, o calor gerado na superfície da Terra era muito alto devido a impactos com asteroides e meteoritos, fazendo com que esta tenha permanecido derretida por 800 milhões de anos. Após esse tempo, a superfície esfriou, sobrando na atmosfera primitiva apenas CO (monóxido de carbono), CO₂ (dióxido de carbono), H₂ (hidrogênio), N₂ (nitrogênio) e vapor d'água (H₂O). Esses elementos sofreram alterações em suas moléculas devido às descargas elétricas das tempestades que ocorriam na atmosfera primitiva. Muitas ligações químicas foram feitas, outras quebradas e assim, com o tempo, foram surgindo novos compostos, entre eles, os aminoácidos, que são compostos orgânicos básicos presentes nos seres vivos e elementos essenciais na formação de proteínas. A temperatura da crosta terrestre também era muito alta, pois a atividade vulcânica, nessa época, era intensa. Com o tempo, a temperatura da crosta foi diminuindo e, em um dado momento, quando a Terra chegou a 100°C, a água em estado líquido começou a aparecer. Um elemento básico e primordial para a sobrevivência de todo e qualquer ser vivo na Terra. Em resumo, nós somos o resultado do processo de ordem e desordem universal.

Muitas vezes, esquecemo-nos de algo ainda mais óbvio: nós fazemos parte do Universo. Estamos sendo regidos pelas mesmas leis. O que foi narrado nos parágrafos anteriores não se refere somente à história do Universo, mas à nossa própria história; afinal, somos uma referência de como o Universo funciona (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013a). Portanto, pode-se deduzir que o princípio da entropia e da homeostase existe também em nas esferas humanas. E temos vários exemplos disso: biologicamente, nossas células passam pelo processo de morte e renovação o tempo todo. Bryson (2005) afirma que a maioria das células vivas raramente duram mais de

um mês. Existem algumas exceções, como, por exemplo, as células cerebrais. Elas duram tanto tempo quanto nós e recebemos, ao nascer, cerca de 100 bilhões delas. Porém, estima-se que perdemos cerca de quinhentas delas por hora. A “boa notícia” é que os componentes individuais dessas células são constantemente renovados.

Morin (2011) diz que Von Neumann (1907-1953) inscreveu um paradoxo relativo à diferença entre uma máquina viva e uma máquina artefato. A máquina artefato, também denominada pelo autor como “organizada”, constitui-se de elementos extremamente confiáveis. Contudo, o conjunto é muito menos confiável que cada um dos seus elementos quando analisados isoladamente. Um dos exemplos citados é o motor de um carro, onde cada peça é fabricada com um material resistente, testada, mas qualquer alteração em uma das peças faz com que todo o sistema entre em colapso. A máquina viva, também chamada de “autoorganizada”, constitui-se de elementos “pouco confiáveis”, pois são moléculas que se degradam facilmente, células que morrem e se renovam o tempo todo; todavia, ainda assim, o organismo se mantém idêntico, mesmo com todas essas mudanças em alta velocidade. Isso mostra que

[...] há um elo entre desorganização e organização, já que o fenômeno da desorganização (entropia) segue seu percurso no ser vivo mais rapidamente do que na máquina artificial, mas, de modo inseparável, há o fenômeno de reorganização. (MORIN, 2011, p. 31).

Porém, o que pode parecer natural, pode ser um risco se as coisas saírem do controle. O excesso de entropia em qualquer sistema pode causar o seu desaparecimento por conta de um grande desgaste em seu processo sistêmico. (LOOS-SANT’ANA, SANT’ANA-LOOS, 2014). De acordo com o STAA, o problema do sistema científico atual é justamente o estado entrópico em que este se encontra. Uma das primeiras razões é, justamente, os recortes, bem como a falta de interdisciplinaridade. “Quanto mais recortes e distorções são introduzidos na análise dos fenômenos, menor controle temos do caos e da aleatoriedade.” (SANT’ANA-LOOS, 2013, p. 210). Outra razão é a dificuldade de transitar em diferentes níveis de entendimento da realidade, do mais concreto ao puramente abstrato. Os níveis de entendimento da realidade

também são chamados pelo STAA de “níveis de abstração”. A capacidade e a possibilidade de abstração dos seres humanos é o que nos diferencia de outros animais, dando aporte ao pensamento e à linguagem.

Keith Devlin⁷ autor do livro “O Gene da Matemática”, fornece um sistema classificação dos diferentes níveis de abstração. O autor afirma que existem quatro níveis de abstração, partindo do primeiro nível, o puramente concreto, denominado genericamente “estímulo-resposta”. Já o segundo nível, de “causa-efeito”, depura um pouco mais a capacidade de abstração em relação ao anterior, mas que este dois são facilmente encontrados entre os animais. O autor defende que os processos evolutivos os quais o ser humano percorreu lhe conferiram a possibilidade de obter dois níveis de abstração superiores, sendo justamente quando se alcança o terceiro e o quarto níveis: o da linguagem simbólica e do pensamento matemático, respectivamente (DEVLIN, 2004). Para o STAA, porém, é possível um nível ainda mais avançado, o quinto nível, denominado pelos autores como *meta-abstração*. Este seria entendido enquanto promotor da evolução da identidade humana, alçada por meio do pensamento e da linguagem simbólica, “[...] bem como pelos produtos que destes emergem, como ciência e tecnologia, religião e arte.” (LOOS-SANT’ANA; SANT’ANA-LOOS, 2014).

Com auxílio das reflexões providas pelo STAA, podemos concluir que o entendimento da realidade feito pela ciência ainda é instável, exigindo o surgimento de uma força de atração que unifique e harmonize esses conhecimentos, “simplificando” tal entendimento de mundo. Ainda dentro desse aporte teórico, podem ser encontradas quatro categorias que descrevem os frequentes “travamentos”, isto é, dificuldades no trânsito entre os níveis de abstração humanos acima mencionados – que são, também, utilizados pela ciência (que é um instrumento humano) para o entendimento da realidade. São elas: o *paradoxo* (P), a *anacronia* (A), a *redundância* (R) e o *espaço* (E) (ou *lacuna*). Tais categorias formam o que os autores denominam *PARE*, sendo que o surgimento de qualquer destas dificuldades representa um obstáculo ao encaminhamento do entendimento e um comprometimento de nossa

⁷ Keith Devlin é PhD em Matemática, diretor executivo do Centro de Estudos de Linguagem e Informação, e professor do Departamento de Matemática da Universidade de Stanford.

capacidade de abstração. As fragmentações, contradições, racionalismos exacerbados, preconceitos, filodoxias, e outros problemas de que a ciência vem se acometendo geralmente têm, como fundamento, pelo menos uma das “falhas” na fluidez entre os níveis de abstração descritas pelo PARE (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, no prelo)

Os autores do STAA, no entanto, alertam para a necessidade se observar qual o encaminhamento dado a gestão do uso da abstração e de seus instrumentos coordenadores – o pensamento e a linguagem: se mal gerida, ou utilizada de modo “enviesado”, a abstração pode levar o sujeito a uma leitura desfigurada, fragmentada, distanciada ou mesmo, pior, desconectada da realidade. Do contrário, se conduzida de maneira integrada, totalizante, é possível que a abstração venha a descobrir novas facetas da realidade, ou mesmo reinventá-la de modo mais conexo, condição para a harmonia e o bem viver humano. (CEBULSKI, 2014, p. 119).

Nossa real motivação perante a realidade é a busca do equilíbrio em nossas interações. Seria então, a homeostase a nossa real motivação, nosso *atrator*⁸ final. Tanto nossas faculdades racionais quanto nossos aspectos afetivo-emocionais (lembrando que esses princípios não funcionam de maneira separada em nossa psique) buscam esse atrator; em outras palavras, essa é nossa real motivação (motivo de nossas ações). As instituições criadas pelo homem para manter a ordem das interações e que pretendem fornecer parâmetros para o bem agir das pessoas têm o objetivo de coordenar o uso da abstração e de seus instrumentos, regulando e buscando impedir enviesamentos que levem à entropia. A Filosofia, a Ciência, a Arte e a Religião foram criadas com esse princípio norteador.

O STAA, então, aponta alguns dos atuais problemas que a humanidade vem enfrentando em níveis de desenvolvimento e interacionais devido aos sistemas, tidos em princípio como reguladores, encontrarem-se com níveis entrópicos muito altos, especialmente a ciência. Precisamos de um novo modelo de compreensão da realidade, de maneira que esta possa ocorrer de

⁸ Atrator é um conceito que vem da Física e da Matemática contemporâneas e que descreve um conjunto de comportamentos característicos para o qual evolui um sistema dinâmico. É tudo o que atrai para si um conjunto de elementos.

acordo com uma lógica que se harmonize (obedeça ao princípio da homeostase), e, sobretudo, em constante diálogo:

Isso porque a realidade, sendo dinâmica, é sempre dual. Logo, para se harmonizar, precisa se realizar, de uma forma ou de outra, algum tipo de diálogo (reatividade interacional) para haver homeostase entre os elementos envolvidos. Isto é, a realidade está sempre necessitando “acomodar” as interações, em todos os níveis ou dimensões. (PALUDO; LOOS-SANT’ANA; SANT’ANA-LOOS, 2014, p. 91).

O tópico a seguir apresentará os conceitos mais importantes, organizados pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, para o entendimento da noção de *Célula Psíquica*, contribuição para o entendimento do funcionamento psicológico humano e que serão tomados como categorias de análise no presente estudo.

3.4 Célula Psíquica: um modelo dinâmico de organização da psique

Existem muitas diferenças e semelhanças entre nós e os outros animais. Muitas questões evolutivas estão em jogo, biologicamente falando. Uma das diferenças é a maneira como nós lidamos com a realidade. Nós nos adaptamos aos nichos em que estamos inseridos e isso nos faz desenvolver determinados tipos de recursos e/ou ferramentas para lidar com a realidade. Os nossos instrumentos existenciais estão “fora” de nós. Precisamos buscá-los para o nosso desenvolvimento, para a nossa felicidade e satisfação.

Frequentemente entramos em crise, em desequilíbrio interno por ocasião da falta de algum recurso importante e, buscando recuperar a homeostase, aprendemos e nos desenvolvemos. Nos outros animais, isso ocorre de forma distinta daquela que verificamos entre os humanos, pois eles mesmos “são” os instrumentos existenciais de que precisam, nascem com as ferramentas necessárias para a sua subsistência, bastando aperfeiçoá-las. É fundamentalmente disso que precisam para existir.

E nós? A cada instante queremos uma coisa diferente. Aprender algo. Conhecer algo ou alguém. Queremos mudar isso ou aquilo. Queremos ter

determinada coisa. Ser outra. E isso nos coloca em permanente movimento. Enquanto estamos nessa busca constante, a entropia está instalada, e a emoção nos movimenta. A partir da conquista, a homeostase se instala. Porém, temporariamente, pois logo se manifesta outra necessidade. E essa necessidade pode ser de diferentes esferas, tanto superficiais e consumistas, até ideais e grandes sonhos. Nesse sentido, não importa. A nossa busca pela satisfação, pela felicidade, pela estabilidade e pelo equilíbrio parece não ter fim.

O nicho humano apresenta-se bastante amplo, pois existe a divisão de tarefas e funções, que se tornam especialidades, causando a dependência de um ser humano do outro. Isso é viver em sociedade, e a ideia básica não parece ser nenhum pouco má. Porém, sabemos que o nosso sistema social encontra-se perto do colapso. Há um conjunto de problemas interacionais enormes, trazendo muitos problemas em várias esferas humanas. É sobre a questão do desenvolvimento individual (que afeta a esfera social e vice-versa) que será tratado nesse tópico.

A identidade humana é plástica. “Plástica” no sentido de permitir a adaptabilidade e a incorporação de elementos externos pertencentes à cultura. É através de nossa identidade que interagimos com o mundo. O interessante é que internalizamos muitas coisas que captamos do ambiente externo, mas a nossa identidade e integridade como indivíduo permanece. Continuamos sendo os mesmos, por mais que se passem os anos, mudemos de cidade, de país, de círculo de amigos, de profissão, de parceiros, ou, ainda, mudemos radicalmente de visual. Sempre seremos os mesmos, mesmo com uma identidade altamente adaptável.

A linguagem é um conceito que, no caso humano, é intimamente ligado à identidade, isso porque torna a nossa existência como humanos muito característica. É através dela que interagimos, um com o outro, obedecendo aos diferentes níveis de abstração mencionados no tópico anterior. Cada indivíduo, ao longo de seu percurso de vida, desenvolve “seus” níveis de abstração. Algumas pessoas também não conseguem transitar em todos os níveis (do mais concreto ao mais abstrato); ficam estagnadas em algum dos níveis e olham a vida por meio de um dos elementos do PARE, enviesando a realidade por conta de redundâncias, paradoxos anacronias ou lacunas. Estas

possíveis maneiras de lidarmos com a realidade causam entropia psíquica, pois a homeostase acaba sendo muito difícil de ser alcançada. Reações intrapsíquicas que estão entre as manifestações destes problemas, e que se agregam à emocionalidade mal gerida, são agressividade exacerbada, depressão, ansiedade e pânico, por exemplo. E quantos e quantos casos dessas reações percebemos todos os dias? Quando não em nós mesmos, praticamente impossível não conhecermos pelo menos uma pessoa que esteja sofrendo de um desses males. Talvez um dia entendamos que eles provêm de dificuldades em nossas interações e em nosso entendimento delas.

A boa notícia, talvez, é que sem o caos não há avanços. Sem a entropia, não há busca de homeostase. E se esta é o nosso atrator final, é a entropia que nos impulsiona para alcançá-la, mostrando-se um desafio a ser lidado todos os dias, em várias esferas de nossa existência. Buscar a felicidade é algo que todos dizem que fazem. Mas, como o fazem? Será que estão realmente focados em sua real expansão e ampliação como ser humano e um representante digno da ordem universal? Não seria a base da felicidade a busca de interações mais harmônicas? Sim, defende-se que sim. A base do desenvolvimento e da expansão de cada ser está, necessariamente, em suas interações. Quanto mais harmônicas, melhores os seus afetos, melhor o diálogo entre a díade eu-outro. Nesses casos acontece, de fato, uma relação de alteridade. Alteridade é capacidade de “ser” o outro, “pensar” o outro, conhecê-lo de maneira integral e efetiva (LOOS; SANT’ANA; NÚÑEZ-RODRIGUEZ, 2010). “Esticar-se” até o outro, identificar-se com sua realidade, mas saber então voltar a si, retornar às próprias referências e se reconstruir de forma resiliente, a partir da experiência de “viver” momentaneamente o outro (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013c).

A partir de tais premissas, o STAA busca a ampliação do entendimento sobre o desenvolvimento humano que ocorre através de interações em suas diversas facetas, analisando o crescimento psicológico como um todo (cognitivo, emocional e social). O modelo de *Célula Psíquica*, proposto pelo STAA e que tem a função metodológica de organizar as dimensões por meio das quais funciona nossa psique, vai ao encontro da perspectiva de Vygotsky (1984) no que concerne à necessidade de se localizar um princípio primordial, uma “Célula Psíquica” que possa ditar os parâmetros de unificação do

entendimento da psique humana. Assim sendo, a Célula Psíquica representa a face estrutural da unidade básica da psique humana, conforme propõe a *Afetividade Ampliada* (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013c).

A analogia com uma célula biológica auxilia a visualização da “estrutura” triádica da Célula Psíquica. Qualquer célula animal possui uma estrutura básica em forma de tríade, como pode ser visualizado na Figura 2. Sabe-se que os componentes de uma célula (membrana, citoplasma e núcleo) possuem uma relação dinâmica e de interdependência entre si. A função de cada parte que compõe a estrutura celular é de extrema importância para a vida e a manutenção da célula. Uma breve descrição de cada uma dessas partes básicas será feita a seguir:

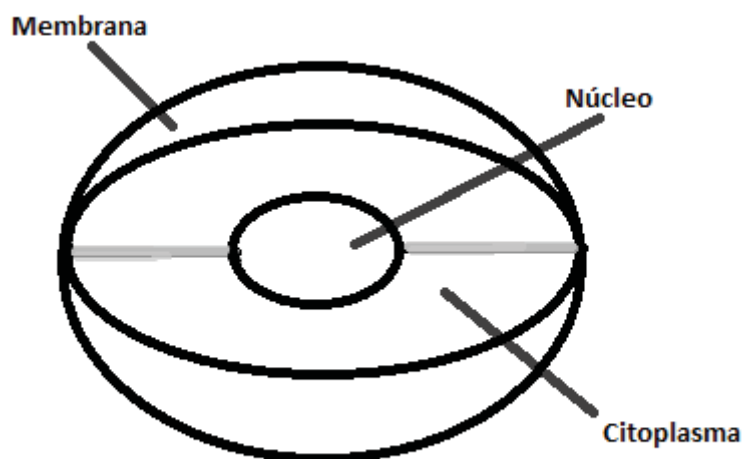


Figura 3 - ESTRUTURA BÁSICA TRIÁDICA DE UMA CÉLULA BIOLÓGICA.

FONTE: SOUZA (2015).

A camada externa que envolve a célula é chamada de membrana plasmática (ou invólucro celular). Essa membrana é constituída de uma espécie de material gorduroso, uma fina camada de característica esponjosa, delimitando todas as células vivas. Ela estabelece a fronteira entre o meio intracelular e o ambiente extracelular. É uma “porta” de interação que a célula utiliza para captar elementos do meio exterior e liberar substâncias que são utilizadas para diversas funções relacionadas com o meio (UZUNIAN; BIRNER, 2002, p. 85).

O citoplasma é o espaço intracelular entre a membrana e o envoltório nuclear. É chamado de “ambiente geral de trabalho” da célula, pois é ali que ocorrem reações químicas vitais para a manutenção da célula (idem, p. 110).

Por fim, temos o núcleo. Chamado também de o “centro de comando” da célula. É o local onde ficam depositados os materiais genéticos, como o DNA, molécula portadora das informações de comando da célula (idem, p. 144). “Cada filamento de DNA é atacado ou danificado em média uma vez a cada 8,4 segundos – 10 mil vezes ao dia – por substâncias químicas e outros agentes que o golpeiam ou descuidadamente o retalham, e cada uma dessas feridas precisa ser logo reparada para a célula não perecer.” (BRYSON, 2005, p. 384).

Bryson (2005) conta um pouco sobre a história da célula em sua obra “Breve história de quase tudo”. Tudo começa com uma única célula. A divisão celular começa em uma progressão geométrica, e após (apenas) 47 divisões, temos em média 10 mil trilhões de células no corpo. Cada uma dessas células vai atuar ao nosso favor por toda a nossa vida. Cada uma delas possui uma cópia completa do nosso código genético. Além disso, ela tem todas as informações do funcionamento do nosso corpo. Cada uma é muito dedicada de forma específica para o bem-estar geral do organismo. Graças a elas, a vida é possível. Virão em nossa defesa quando formos ameaçados por corpos estranhos e nenhuma delas hesitará em morrer por nós se for preciso. A sua vida tem como objetivo manter a nossa vida. A cada dia, bilhões de células morrem e muitas outras “arrumam a bagunça”. As células precisam de muito apoio para viver e uma precisa da outra. A rede de interação entre elas é magnífica, todas recebem instruções ativas umas das outras. Elas são capazes de enviar, receber e monitorar mensagens vindas de todo o corpo. São atualizações, instruções, pedidos de ajuda e avisos. As células se comunicam com suas vizinhas para garantir que todas as ações aconteçam da melhor forma possível.

Algumas vezes, é possível que esse sistema também entre em entropia, causando uma grande confusão nesse sistema. Células cancerosas na verdade são células “confusas” e todo o sistema de interação entre as células acaba entrando em colapso. Em geral, o nosso corpo dispõe de mecanismos bastante elaborados para enfrentar esse problema. Apesar disso, ocorre, às vezes, desses mecanismos não alcançarem esse objetivo e, assim,

o princípio da homeostase fica ameaçado, pois a situação realmente foge do controle. Mas, ainda assim, todas as células lutam exaustivamente todos os dias para manter a nossa vida e nossa saúde.

O que podemos perceber com tudo isso é, mais uma vez, uma amostra de um processo (que ocorre dentro de nós todos os dias) que funciona por meio da *interação*, buscada em sua excelência. É magnífico pensar nesse processo e constatar o quanto a natureza é sábia, tamanha a beleza que ocorre todos os dias em um mundo microscópico. Até mesmo as nossas células demonstram o princípio básico do STAA: problemas nas interações desencadeiam a entropia e esta, quando não bem gerenciada de modo a obter a restauração da ordem, causa enfermidades e eventualmente, o colapso do sistema.

O modelo de funcionamento da Célula Psíquica é, basicamente, análogo ao de uma célula orgânica. Conforme dito anteriormente, esta também apresenta uma estrutura triádica – ou seja, compartilha da mesma perspectiva de tríade que configura o ciclo da vida, os sistemas existenciais em constante interação com o universo (KLOPELL; LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2013) e também se exercita através de interações dinâmicas entre suas dimensões componentes. A Figura 3 mostra uma ilustração criada por Cebulski (2014) para representar a Célula Psíquica. A analogia à célula biológica. Há pouco descrita é facilmente perceptível na figura apresentada. Seguem-se as explicações da analogia.

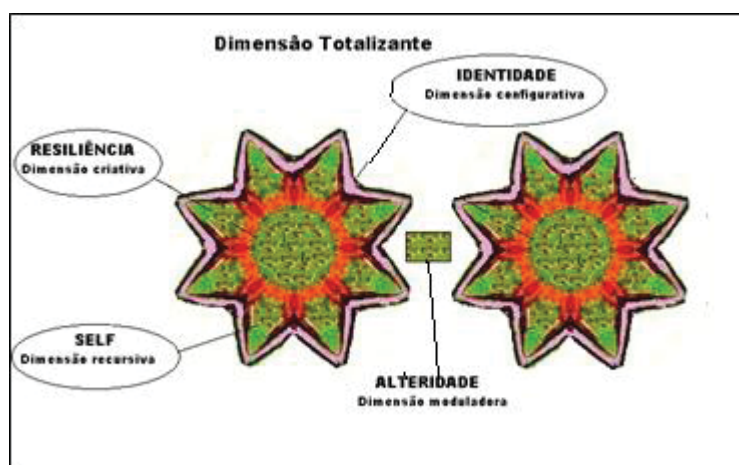


Figura 4 - ESTRUTURA DA CÉLULA PSÍQUICA E SUAS DIMENSÕES

FONTE: CEBULSKI (2014).

3.4.1 A “membrana” da Célula Psíquica: Dimensão Configurativa por meio da Identidade

O “invólucro” da Célula Psíquica é a sua camada externa, que recobre todo o seu conteúdo interior. Porém, assim como na célula biológica, sua estrutura também é permeável e porosa, permitindo a passagem de elementos externos para o seu interior. É o canal de interação intra-extra celular. Foi denominada, pelos autores do STAA, *Dimensão Configurativa*: é o que configura, dá formato à célula, ao mesmo tempo que a protege. A membrana é representada por nossa *identidade*, a qual expressa, manifesta ao mundo, nossa configuração. A identidade, segundo Paludo, Sant’Ana-Loos e Loos-Sant’ana, (2014), é a essência da Dimensão Configurativa da célula porque se trata do fenômeno psíquico que conforma, delinea, estabelece uma certa forma identificando uma pessoa ou coisa, referenciando-a enquanto algo definido e, ao mesmo tempo, diferenciando-a dos demais seres.

Assim explicam os autores do STAA acerca da identidade enquanto instância configurativa e de interface do indivíduo com o mundo exterior:

[...] para que o organismo individual interaja (comunique-se com a realidade, por meio da linguagem), ele precisa se referenciar e ser referenciado pelos outros (agentes ou sistemas da realidade). Por conta disso, a psique também se perfaz com uma instância periférica ou “*membranácea*” de contato com a realidade. É o que comumente chamamos de *Identidade*. É a dimensão de interface entre a subjetividade (interior existencial – conjunto de crenças de auto referência) – que é a postura a partir da qual o indivíduo se prepara para interagir com o meio – e a objetividade existencial – as atitudes que indicam a performance identitária do mesmo; isto é, o que ele é ou está sendo representado por si mesmo. (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013c, p. 6).

Por identidade entendemos, então, a dimensão onde estão organizadas as características que configuram o indivíduo como único. A identidade é o “cartão de visita” do sujeito: é essa dimensão que é mostrada ao mundo, é a parte tangível do eu. É através da identidade que o indivíduo tem contato com o meio “extracelular” e por meio dela que se desencadeiam as diversas interações, isto é, que cada ser afeta e é afetado constantemente. A partir de

tais “afetamentos”, que atingem primeiramente essa estrutura membranácea, é que o sujeito poderá internalizar elementos externos, como: cultura, linguagem, aprendizado, conceitos, relações, gostos, características, bloqueios, etc.

A identidade é descrita, por Cebulski (2014), da seguinte maneira:

A identidade se configura, assim, um fenômeno biopsicossocial no qual estão presentes fatores intra (biológico e psicológico) e interpsíquicos (social, cultural e histórico). A conexão desses elementos perfaz a constituição do sujeito conferindo-lhe não só a individualidade que se lhe apresenta ao mundo, mas influencia também a sua maneira de nele atuar e de receber o outro, possuidor de distinta identidade. (CEBULSKI, 2014, p. 132).

O ser se constrói nas trocas que são realizadas o tempo todo pela identidade. Para o STAA, a identidade vai além da ideia de algo puramente individual – pois é, justamente, a “porta” para as interações, permitindo que cada ser se desenvolva através da dialética do “afetar e ser afetado”: como os afetos marcam esse indivíduo e como esse indivíduo deixa a sua marca no mundo (como sua identidade afeta os demais), os elementos que o indivíduo deixa transparecer a cada nova interação. Por outro lado, a identidade é olhada da perspectiva inversa, a resultante de uma intersecção entre as outras partes da Célula Psíquica, como veremos adiante.

3.4.2 O “citoplasma” da Célula Psíquica: Dimensão Recursiva por meio do *Self*

O citoplasma é o responsável pela manutenção e sustentação da célula biológica. É onde se encontram os recursos vitais para a vida celular. Segundo os autores do STAA, esses recursos, na vida psíquica, organizam-se no *self*. O *self* é o fundamento da *Dimensão Recursiva*, na qual estão dispostos os recursos, representações e referências que foram construídos ao longo da vida de uma pessoa.

No *self* estão armazenadas todas as referências sobre a realidade, crenças de auto referência, bem como conceitos e entendimentos acerca do

mundo e da realidade. Consiste na imagem que o sujeito tem sobre si mesmo e daquelas que possui sobre o mundo que o rodeia em todos os âmbitos: físico, cognitivo, emocional e social. Estão também atreladas ao *self*, as experiências de vida passadas, a noção do presente e a perspectiva do futuro. Paludo, Sant'Ana-Loos e Loos-Sant'ana (2014) explicam que aspectos do *self*, são resultados das interações com o meio e são tornados conscientes quando se expressam por meio da identidade, instância que configura e dá uma forma externa ao que se organiza internamente, conforme descrito no tópico anterior. É através de todo esse conteúdo do *self*, que constituem o que denominamos “recursos psíquicos”, que o indivíduo habilitará determinada ação e se comportará dentro de uma interação.

O *self*, além de representar o “banco de recursos”, sendo análogo ao citoplasma na célula biológica (pois ali estão os recursos vitais para a manutenção da vida), tem importante atuação na autorregulação do indivíduo. Isso porque esta dimensão é a “casa” da subjetividade e das emoções. Segundo o STAA, é a instância que nos põe em movimento (de acordo com o sentido etimológico do termo *e-moção*), oferecendo recursos (ou não) para enfrentar a realidade, para sermos algo ou alguém perante os outros e as diversas situações e contextos do mundo.

3.4.3 O “núcleo” da Célula Psíquica: Dimensão Criativa e ampliadora por meio da Resiliência

É no núcleo de uma célula que ocorre a possibilidade de vida e a produção de novas células. É também o núcleo o centro de controle celular: todas as informações e processos que ocorrem dentro de uma célula estão sendo mantidos graças a ele. Podemos também dizer que ali há a possibilidade de perpetuação da vida, pois é no núcleo que estão todas as informações genéticas, as quais podem ser passadas adiante no ciclo de manutenção de cada espécie. É por meio desta dimensão da célula que a vida não somente se mantém, mas se cria e se reproduz.

A *Dimensão Criativa* e ampliadora é, analogamente, o centro de comando da Célula Psíquica. É a dimensão que comanda todas as demais instâncias da célula e onde se encontram os processos de criação de novos

recursos (que são posteriormente disponibilizados ao *self* e à identidade) e reparos de processos destrutivos, permitindo a perpetuação (desenvolvimento, progresso) da vida psicológica.

Os autores do STAA propõem que esta dimensão vital seja representada, fundamentalmente, pela *Resiliência*. Porém a resiliência, de maneira a exercer tão importante função na Célula Psíquica, é vista de maneira ampliada:

É preciso haver uma instância a partir da qual se possa renovar ou recriar ou criar presentes crenças de referência. Pois, se não houver reciclagem ou auto atualização, o sistema, a organicidade do ser (psíquico) ou indivíduo não terá plasticidade: seria um agente de um único algoritmo de ação/interação. E, todos sabemos, o ser humano é (ou pode ser) de uma altíssima plasticidade [...]. Segundo as bases epistemológicas da *Afetividade Ampliada*, este campo de “revisão” da postura psíquica constitui a dimensão *nuclear* ou “*paradigmática*”, nomeada pelo nosso sistema teórico de *Resiliência Ampliada*: é a *dimensão criativa*, o “banco de dados do universo”, o qual carrega uma espécie de fractal do todo (ou a possibilidade de ampliar a escala de compreensão de mundo, recorrendo ao nível universal), fornecendo caminhos para a apreensão do *sentido* (semântica) do pensamento lógico (sintático), abstrato, e, por conseguinte, da busca da alimentação plena da linguagem simbólica. (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, 2013c, p. 7).

Na literatura, o conceito de resiliência é, comumente, visto como a capacidade de enfrentar adversidades. Sordi, Manfro e Hauck (2011) revelam que o conceito de resiliência veio da Física e significa a propriedade de um corpo de recuperar sua forma original após sofrer choque ou deformação. A palavra, do latim, *resiliens*, significa “voltar para trás”, “recolher-se após esticar-se”. Do inglês *resilience*, significa elasticidade, capacidade de recuperação. Pode também ser relacionado ao conceito de *robustness*, remetendo à ideia de que uma organização estável frente a uma perturbação teria a capacidade de se manter intacta ou de se voltar a se organizar a fim de manter a estabilidade, podendo este conceito ser aplicado a todo tipo de matéria. Na Biologia, a evolução do conceito incorporou a noção de adaptabilidade.

O STAA, assim, amplia o conceito de resiliência, pois a capacidade de enfrentar uma dada adversidade é somente a “ponta do iceberg”, a

manifestação de algo que começou a acontecer anteriormente, que é a busca de novos recursos internos para lidar com a própria adversidade. A criação de tais “suportes de resiliência” evita o resilir, o romper-se, a fim de que, diante de situações de dificuldade, não seja corrompido o ser-próprio da existência (LOOS; SANT’ANA; NÚÑEZ-RODRÍGUEZ, 2010). Assim, entende-se que o constructo *resiliência* é ampliado por esse aporte teórico no sentido de estender a abrangência dos processos necessários para lidar com a situação adversa. Quando um indivíduo passa por uma situação onde ele se vê em risco de resilir, rapidamente recorre aos seus recursos psíquicos para enfrentar e superar tal adversidade. Porém, muitas vezes pode ocorrer da pessoa não possuir recursos cognitivos e/ou emocionais edificados o suficiente para enfrentar essa nova conjuntura. E aí entra a visão defendida pelo STAA para a resiliência: esta não é somente a capacidade de enfrentar dificuldades sem resilir; ela é a própria capacidade criadora – de criar recursos psíquicos e ampliar o “banco de recursos” constituído pelo *self*. A criatividade envolve a capacidade de inventividade e desenvolvimento de novos recursos de adaptabilidade e resistência do sujeito em relação ao meio externo. Dessa forma, garante-se a manutenção da vida e suas possibilidades de expansão, desenvolvimento, crescimento psicológico – uma vez que o novo recurso criado será incorporado à estrutura da célula psíquica (alimentando o *self*), podendo ser utilizado outras vezes face a dificuldades do mesmo gênero.

Os autores do STAA também salientam que situações conflituosas e adversas podem ser agentes de desenvolvimento, pois, como já dito anteriormente nesse estudo, não há possibilidade de expansão sem a existência de crises, de momentos em que o indivíduo perceba a insuficiência de recursos e acione mecanismos resilientes para sanar a carência. Portanto, a resiliência se justifica na medida em que a necessidade de alcançar a homeostase aumenta devido ao caos instalado por meio de uma situação conflitante e a verificação da indisponibilidade de recursos intrapsíquicos para lidar com tal fenômeno adverso. Em resumo, é possível afirmar que a resiliência é vista, de acordo com o STAA, como a capacidade de aprender a se auto ampliar, estabilizando a sua própria condição humana e permitindo a continuidade da espécie. Isso porque esse processo não afetará cada pessoa apenas em nível individual, pois uma pessoa mais desenvolvida

necessariamente fomentará melhores interações (*afetos*), contribuindo para a estabilidade da espécie humana no mundo (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013a).

3.4.4 O “meio extracelular” - Permeabilidade: a Dimensão Moduladora por meio da Alteridade

No STAA, às conexões entre os constructos até agora apresentados – a identidade, o *self* e a resiliência –, devem ser acrescidas as particularidades da *alteridade* – a importância do “outro” na constituição do ser (LOOS; SANT'ANA; NÚÑEZ-RODRÍGUEZ, 2010), e por isso a alteridade constitui o fundamento da Dimensão Moduladora, uma quarta dimensão que complementa (em interação) a tríade da unidade básica da psique, a Célula Psíquica (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013c).

No modelo das células biológicas, existe outra instância muito importante, denominada “matriz extra-celular”, que se encontra no meio extra-celular. Ela possui diversas funções, mas, resumidamente, preenche os espaços não ocupados pelas células, serve de ancoragem para as células e, por isso, provê resistência dos tecidos, torna-se o veículo de migração das células, bem como o meio de transporte de sinais extra-celulares e de nutrientes, além de permitir que sejam eliminados os dejetos celulares. Grande parte da matriz extra-celular é formada por elementos fluidos, o que facilita o exercício de tais funções.

No caso da Célula Psíquica, a alteridade seria o fenômeno análogo à matriz extra-celular, pois ela desempenha, no âmbito psíquico, funções semelhantes. A alteridade é a “substância” das interações, permitindo a relação intersubjetiva entre o “eu” e o “outro” (esse “outro” pode ser qualquer outro, conforme dito anteriormente: pessoas, outros seres vivos, conceitos, ideias). Sua fluidez possibilita a troca de “material” entre as identidades, que são permeáveis – pois se perfazem, justamente, na interação (troca) com os diversos outros com os quais nos deparamos em nossas relações imediatas (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA, 2013c). Por isso, a função moduladora

que a alteridade desempenha, a de modular cada identidade individual em consonância com o meio.

Todo ser humano depende das interações para se desenvolver. As interações realmente qualificadas, assim pode-se dizer, ocorrem por meio da alteridade, que é a capacidade de apreender o outro em sua integralidade. A alteridade pode ser entendida como os dois lados de uma mesma folha, que mantêm sua unidade por meio da qualidade da interação. Nesse tipo de interação, não há mais o eu-eu e outro-outro, mas sim, uma unidade, uma verdadeira união; o desenvolvimento mútuo ocorrendo por meio da troca.

O existir humano, necessita de relações alteras, pois isso resultará em se reconhecer enquanto espécie e se conhecer a si mesmo. Logo, a humanidade se desenvolve graças a interações de qualidade, calcadas no exercício empático, sem o qual sucumbiria (LOOS; SANT'ANA; NÚÑEZ-RODRIGUEZ, 2010). Cebulski (2014) destaca que para o STAA, a alteridade, cuja natureza é essencialmente dual, requer proximidade numa relação que é eminentemente social e pautada nas influências mútuas entre o “eu” e o “outro” que permitem conhecê-lo e se reconhecer como tal de maneira integral. Tal relação não é passiva, pelo contrário, uma vez que o mundo busca “imprimir” informações no sujeito, que as internalizará ou não, já que sua atividade na própria construção identitária envolve não apenas integrar o que recebe à dimensão sélfica que já possui, mas analisar, traduzir e interpretar essas informações recebidas usando suas referências e recursos já construídos. Tal funcionamento é análogo ao da membrana de uma célula biológica, que seleciona os nutrientes, as moléculas e as substâncias que vão adentrar no citoplasma.

3.4.5 A célula psíquica em funcionamento

Na prática, como esse esquema da Célula Psíquica funciona? Pois bem, podemos tentar ilustrar de uma maneira simples e esquemática, iniciando-se a partir da superfície: a primeira etapa desse processo seria o indivíduo com sua identidade, adentrando uma nova interação. Essa interação sensibiliza o ser pelo contato com sua identidade, que é uma membrana

porosa. Digamos que esse afeto (o contato interacional que possibilita a sensibilização pelo outro) seja, em dado momento, uma situação adversa a qual o sujeito nunca enfrentou antes. Nesse ponto, ocorre o embate, o conflito, o desequilíbrio. Em uma segunda etapa, o indivíduo recorre ao seu “banco de recursos”, o seu *self*. Ali, ele percebe que seus recursos psíquicos disponíveis – que são em grande número pois foram construídos ao longo da vida –, mesmo assim não são suficientes para lidar com aquela nova situação. Instala-se a angústia, a entropia e há um rápido desgaste de energia ocasionado pelo estado de desordem: a motivação é, assim, a busca da homeostase; ou seja, a tentativa de reparar tal situação o mais rapidamente possível, de maneira a conter o desperdício de energia e restaurar o equilíbrio vital.

Observa-se que, mesmo sendo a entropia algo que precisamos combater, dominar, é ela que exige a mobilização do indivíduo sob pena de entrar em colapso. Entendemos, então, que sem a entropia não há desenvolvimento – pois não há crise ou conflito, não há situação que impele o indivíduo a construir novas referências e recursos (em outras palavras, aprender, crescer, desenvolver-se). A entropia é, vista dessa forma, a energia de ativação da emoção, daquilo que “nos coloca em movimento”, para buscar ações e estratégias de manutenção do equilíbrio. A terceira etapa, então, é a busca incessante da homeostase. A busca da estabilização interna e de nosso entorno.

Tendo em vista que o atrator final é o equilíbrio, o indivíduo busca essa estabilidade na próxima etapa, que é o contato direto com o outro através das interações. A busca da melhor interação possível – aquela que o auxilie a resolver seu conflito ou satisfazer sua necessidade – faz com que o indivíduo busque uma relação de mais alteridade, uma vez que a falta de integralização nas interações pode gerar ainda mais entropia (e piorar a situação). Conforme já foi dito, esse “outro” pode ser qualquer outro que esteja organizado dentro de um sistema e que ofereça algum tipo de sintonia, que tem o papel de ajudar a modular (regular) a nós mesmos. Pode ser uma ideia, uma crença, um conceito, um conhecimento, uma pessoa, um animal, um objeto. Nessa nova interação (que deve ser de qualidade, de sintonia; caso contrário não emergirá o suporte para a modulação, para a regulação do indivíduo que está em entropia) iniciar-se-á um processo de troca: uma relação mútua, na qual cada

qual afeta e será afetado, mas de maneira integral, uma verdadeira interação. Nessa troca, o indivíduo terá a oportunidade de receber novos elementos provenientes daquela interação. Muitos já ouviram falar que cada pessoa que passa na nossa vida deixa um pedacinho dela conosco. É mais ou menos por aí. Mas em uma relação verdadeiramente altera, diríamos que o outro deixa um “pedação” de si.

Diríamos que nessa etapa, nessa relação de alteridade, o indivíduo em entropia recebe novos “ingredientes” para a (re)criação de recursos. Na próxima etapa do processo, tais ingredientes são “selecionados” e enviados para o centro de comando da célula, ou seja, a dimensão criativa e ampliadora, o núcleo. A resiliência ampliada – que é a capacidade de “se esticar”, ou seja, de simular a solução de problemas, por meio da abstração e da simbolização –, recebe aqueles ingredientes e, como se fosse uma grande criadora de receitas (uma verdadeira *chef* de cozinha), vai “trabalhar” na criação de novos recursos (elaborar, processar, testar), criando uma “nova receita gourmet” totalmente exclusiva; ou ainda, uma receita adaptada, em que algumas coisas já existiam, mas serão usadas de uma maneira nova (uma “releitura” de possibilidades). Essa “receita gourmet” nada mais é que um novo recurso “novinho em folha” pronto para ser utilizado. Assim, o resultado dessa (re)criação ou reformulação de recursos, após ser “testada e aprovada” na realidade (contribuindo para a eliminação da situação entrópica), acaba sendo incorporada ao *self* (“citoplasma” da célula), incrementando o “banco de recursos” do indivíduo. E, assim, ocorre a ampliação de nós mesmos, com participação de todas as dimensões da Célula Psíquica, resultando em aprendizado (disponibilização de novos recursos psíquicos) para lidar com a realidade. Efetivamente, é o desenvolvimento humano defendido pelo STAA.

3.5 O STAA e a Arte

O STAA visualiza a importância da Arte dentro do modelo de desenvolvimento humano que esse aporte teórico propõe. A Arte teve um papel muito importante dentro das sociedades antigas, como por exemplo, com os povos primitivos e com os gregos clássicos. Mas, em algum momento, essa

grande importância se perdeu e, hoje, a Arte é pouco valorizada como campo do conhecimento humano.

Muito a respeito da compartimentalização dos saberes já foi dito nesse trabalho, e nossa sociedade vem valorizando prioritariamente campos do conhecimento da área tecnológica, ligados diretamente ao modo racionalista de ver o mundo. Afetividade, subjetividade e emoções têm sido postas de lado, e a Arte, como mecanismo promotor de desenvolvimento integral (não só de habilidades cognitivas, mas também de expressão e criação, além de processamento e canalização de emoções), é submetida ao “luxo” ou, por vezes, a “coisa de doido” (como muitas vezes estudantes dessa área ouvem de outras pessoas).

A Arte guarda em si a incrível potencialidade de trabalhar aspectos cognitivos e afetivos de forma conjunta, fazendo com que ela tenha um papel muito importante na educação e no desenvolvimento humano. A Arte é produzida por um indivíduo, mas fala de *todos* os indivíduos. Ao mesmo tempo em que é tão única e pessoal, ela faz parte de todo um público, de uma plateia, do social, pois o indivíduo (artista) se insere no meio social (espectadores). A interpretação daquilo que um objeto de arte comunica depende, em grande parte, da cultura na qual determinado sujeito está inserido. Deste modo, “a arte é a expressão da sociedade e do que significa ser humano nela, revelando-se indispensável na constituição do humano.” (OLIVEIRA, 2010, p. 18).

Também podendo ser vista como um processo biológico, Cury (2007) afirma que “[...] de fato, uma das razões pela qual as pessoas apreciam arte é que ela evoca emoções, que independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis, foram habilmente captadas pelo sistema nervoso central, reordenadas e transmitidas nas obras de arte.” (CURY, 2007, p. 66).

Arnheim (2004) fala a respeito de Wilhelm Worringer (1881-1965), um importante teórico e historiador de arte alemão, que redigiu um texto, aos seus vinte e cinco anos, a respeito do papel da abstração e da empatia na Arte. Para este historiador, as fases iniciais do desenvolvimento humano foram momentos conturbados nos quais o homem não disponibilizava de recursos confiáveis para lidar com seus próprios sentidos. Possivelmente tal “confusão” induziu o homem a criar e, como um refúgio, um universo de formas geométricas foi surgindo, talvez para contrapor o mundo caótico que viviam. A falta de recursos

que esses homens apresentavam significava que se encontravam em crise – segundo o que já foi exposto no presente trabalho – e Arnheim (2004) argumenta que para Worringer, a *ansiedade* foi o grande catalisador dessas criações, sendo o que se encontra na raiz de muitas formas importantes de arte.

A ansiedade, então, foi anunciada por Worringer em 1906 como um dos motivos principais da arte e uma fonte principal de sua grandeza – a ansiedade, que a psiquiatria moderna viria propor como uma causa fundamental do comportamento humano, e que deveria se tornar o tema preferido da poesia e da prosa do séc XX. (ARNHEIM, 2004, p. 58).

Para Cyrulnik (2001), para o despertar da criatividade, é necessário que exista antes, uma falta. A tendência dos indivíduos perante o vazio é preenchê-lo, mas, na falta de recursos concretos para isso, esse processo pode ser realizado simbolicamente (portanto, de maneira abstrata) através da criação artística.

A abstração não necessariamente é uma desconexão. Arnheim (2004) alerta que é comum a visão errônea de que abstração é relacionada à atitude de uma pessoa que se afasta de um mundo ameaçador e caótico, para se refugiar em um mundo “ideal”. Para o STAA, a abstração é o processo de distanciamento (e não de desconexão) do mundo concreto que o indivíduo realiza para buscar, resilientemente, recursos para lidar com a realidade do “aqui e agora”. O processo de abstração é bem sucedido quando se percorre todos os níveis sem “perder-se” – é a fluidez necessária pelos cinco níveis de abstração (descritos anteriormente) e a efetivação da busca de recursos resilientes em um nível de distanciamento no qual se permite o retorno ao mundo real de forma mais desenvolvida, mais ampliada (com mais recursos adquiridos ou remodelados pelo indivíduo) (LOOS-SANT’ANA; SANT’ANA-LOOS, 2014).

Segundo Cebulski (2014, p. 160), com a interação (prática) constante de atividades artísticas que imprimam ludicidade e experiências estéticas, acredita-se ocorrer um processo de equilibração entre os constructos constituintes da psique humana, ainda que provisório, dado o seu caráter de desenvolvimento. Segundo o STAA, esse (re)equilíbrio entrópico ocorrido no

quarto nível do processo de abstração – o do *pensamento distanciado* – permite que a subjetividade e os elementos construídos pelo sujeito para a criação na experiência artística possam “conversar” (interagir).

“A abstração não é praticada para que haja um afastamento do mundo, mas para que haja uma penetração na sua essência.” (ARNHEIM, 2004, p. 59). Tal abstração é realizada no plano simbólico, onde, o indivíduo enfrentando problemas de ordem interacional, e, portanto, vivenciando um momento de crise/entropia, busca lidar com seu próprio mundo em um plano simbólico para, posteriormente, lidar com a realidade no plano concreto. A abstração nada mais é que um nível diferente de entendimento e de representação da realidade.

O processo de compreensão estética, segundo Cebulski (2014), é realizado quando o sujeito passa a abstrair e representar acerca de sua emoção e discernir qual é a emoção que trouxe do ambiente social para o da criação artística. Em qualquer linguagem artística, há uma ampliação de sua própria forma de pensar e sentir a existência como um todo. Através da Arte, há um diálogo capaz de resgatar o mundo concreto através da abstração.

É preciso estar atento para que a lida com a abstração não gere entropia (por conta do excesso de afastamento do mundo concreto) e, por isso, é importante o papel da alteridade como forma de mediação para a realização de uma abstração mais recursiva e ampliada, através do livre trânsito entre os diferentes níveis de abstração (ou níveis de entendimento da realidade) e a prevenção contra os elementos que constituem o PARE: paradoxo, anacronia, redundância e espaço (lacuna), que tendem a travar a fluidez e ocasionar enviesamentos indevidos (conforme explicado anteriormente).

Assim, a Arte, como uma possibilidade de mediação em nível instrumental (por apresentar novas formas de interação do indivíduo com o seu mundo interno e com a realidade exterior), vai “lembrar” ao indivíduo que todas as formas humanas de existir foram criadas para serem vividas no mundo concreto, no mundo das interações, onde se pode conhecer (e “sentir na pele”) o equilíbrio e a harmonia. A partir da interação do indivíduo com a Arte em uma relação de alteridade, pode haver o resgate e a atualização da identidade, isto é, da manifestação do indivíduo no mundo (SANT’ANA-LOOS; LOOS-SANT’ANA, no prelo).

Nesse mesmo sentido, a seção a seguir tratará da Metodologia do estudo empírico realizado como parte desta pesquisa e que tem, por finalidade, dar “forma concreta” aos apontamentos teóricos realizados até aqui.

PARTE III - METODOLOGIA

1. CONTEXTO GERAL DA PESQUISA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, tratando-se de um estudo não-experimental. Isso porque pois não foi construída uma situação específica para o estudo, com variáveis controladas; mas, sim, situações já existentes, não provocadas intencionalmente pela pesquisadora, foram observadas. Segundo Triviños (1987), a prática qualitativa (que inclui estudos chamado etnográficos) compele o (a) pesquisador (a) a uma participação ativa no contexto em estudo. Tendo como temática um eixo pouco examinado no Brasil, além de se empregar uma nova perspectiva de análise – advinda do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) –, trata-se de um estudo de cunho exploratório que tem como principal objetivo investigar indicadores de funções psíquicas que ocorrem no plano afetivo e interacional em indivíduos hospitalizados no período que houve a coleta de dados. Esta opção parece adequada ao atendimento do problema de pesquisa proposto, já que envolve a investigação de elementos subjetivos dos participantes do estudo.

Tendo em vista a temática da pesquisa, o estudo empírico foi realizado em uma instituição hospitalar. Foi escolhido, então, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) por ser um hospital-escola que pertence à Universidade onde se situa ao Programa de Pós-Graduação ao qual se vincula este estudo. O estudo foi realizado na Unidade de Internação da Hemato/Pediatria. Este serviço é considerado uma referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças hematológicas e oncológicas que necessitam de cuidados específicos e intensivos de patologias, tais como: leucemia, neuroblastoma, linfomas, anemias hemolíticas, entre outras.

Neste trabalho, a possibilidade de pesquisar categorias subjetivas nos conduz à valorização da proximidade com os participantes e seu mundo, gerando uma relação de confiança que buscou favorecer o aparecimento dos elementos investigados.

2. PARTICIPANTES

A escolha por obter a amostra dos participantes do presente estudo na Unidade de Internação da Hemato/Pediatria foi por esta atender aos requisitos sobre o universo de participantes possível de oferecer dados de grande importância para o presente estudo; denomina-se esse tipo de amostra como não probabilística (subgrupo da população no qual a escolha dos elementos não depende da probabilidade, e sim das características da pesquisa) ou seja, trata-se de uma amostra selecionada por conveniência. Sampieri (2006) explica que para o enfoque qualitativo as amostras não probabilísticas são de grande valor, pois conseguem, ao proceder cuidadosamente e com profunda imersão inicial no campo, obter os casos que interessam ao pesquisador, o que oferecem uma grande riqueza para a coleta e a análise dos dados.

A referida unidade hospitalar oferece aos pacientes um tratamento intensivo e, portanto, prolongado, fazendo com que muitas vezes as crianças e adolescentes hospitalizados no setor de Hemato/Pediatria fiquem muitos dias e, por vezes, até meses internados. Os participantes dessa pesquisa foram, então, uma criança (de dez anos) e dois adolescentes (de treze anos) que se encontravam hospitalizados em tratamento de saúde na Unidade de Internação da Hemato/Pediatria, que atende pacientes de zero a 15 anos.

Os participantes foram convidados pessoalmente por alguns membros da equipe de saúde (auxiliares e técnicos de enfermagem) previamente ao início à pesquisa. Esse procedimento foi sugerido pela administradora do setor, pois os funcionários da equipe já tinham conhecimento e contato prévio com os pacientes na rotina do hospital. Os profissionais falaram a eles sobre as oficinas artísticas que aconteceriam em alguns dias e que seriam ministradas por uma professora, perguntando se tinham interesse em participar. Posteriormente, foram informados os nomes dos interessados à pesquisadora, que foi apresentada aos mesmos após o interesse de participação ser verbalizado. A pesquisadora apresentou-se como profissional da educação e aluna da Universidade, apresentou os propósitos da pesquisa, seus procedimentos, etapas e objetivos, e a partir disso, os interessados foram mais uma vez convidados a participar da mesma. Essa etapa inicial da pesquisa não

teve fins de análise, tendo como objetivo principal o de estabelecer um *rapport* com os participantes.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa de campo realizada pauta-se nos princípios e normas estabelecidos na Resolução 466/2012 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União. O projeto do presente estudo empírico foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, conforme pode ser observado no Anexo C.

3.1 Critérios de inclusão

Os participantes da pesquisa, conforme relatado, são oriundos de uma instituição hospitalar, na qual se encontravam submetidos a tratamento de saúde prolongado. Desta população, a amostra foi selecionada por conveniência e interesse dos próprios participantes, visto que a pesquisa dependeu da disponibilidade de pacientes presentes no momento da realização da pesquisa empírica.

Após esclarecimentos e convite para participar da pesquisa, foram convidados, os pais dos participantes a assinarem o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Uma via do TCLE assinada foi entregue aos pais. No caso dos participantes com mais de 12 anos foi considerada também necessária a assinatura no Termo de Assentimento Informado Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo B).

3. 2 Critérios de exclusão

Considerou-se que estariam aptos para esta pesquisa crianças com idade igual ou superior a oito anos, logo, um dos critérios de exclusão foram crianças abaixo desta idade. A razão de tal escolha é que crianças mais velhas

já são capazes de atribuir a seus desenhos, fotografias e narrativas motivos explicitáveis, bem como acompanhar melhor as questões subjetivas e abstratas envolvidas nos procedimentos de coleta de dados.

Rabello (2013) e Osinski (2001), baseadas nas pesquisas de Viktor Lowenfeld (1903-1960), descrevem que crianças a partir dos sete anos atingem a fase denominada “desenho esquemático”, pois já conseguem fazer uma organização espacial de melhor qualidade no seu desenho e atribuem relações entre seu desenho com o seu pensamento, e destes com a realidade, trazendo representações mais fidedignas do seu próprio mundo, e “[...] iniciando, assim, uma função mais simbólica no seu desenho, com o objetivo de representar o seu “eu” e o seu mundo por meio do jogo simbólico.” (PORTO, 2010, p. 65).

Os jovens participantes tinham liberdade de deixar de tomar parte do estudo a qualquer momento; assim, outro critério de exclusão de algum participante da pesquisa aconteceria se o mesmo solicitasse seu desligamento, independente do motivo. Seriam também excluídas da amostra as crianças e/ou adolescentes cujos pais autorizassem, mas a criança (ou adolescente) não demonstrasse interesse em participar da pesquisa. As recusas em participar, tanto dos pais quanto das crianças, não seriam questionadas. Não houve nenhum caso que se encaixasse nessa situação. Houve o cuidado de que os convites fossem feitos de forma que os pacientes e os acompanhantes sentissem a liberdade de escolha e não que fossem “obrigados” a participar.

3.3 Análise crítica de riscos e benefícios

Por motivo especial deste estudo, esse tópico existe para salientar as questões dos riscos a que os participantes foram expostos e os benefícios esperados ao participarem da pesquisa. Esta pesquisa se estruturou preocupando-se com a minimização dos riscos específicos para os participantes da presente pesquisa. Todo o procedimento de coleta de dados contou com a preocupação primordial em esclarecer e discutir previamente com cada participante da pesquisa os instrumentos e ações que seriam desenvolvidos para evitar qualquer tipo de constrangimento ou desconforto. A

pesquisa foi projetada tomando-se os devidos cuidados com a integridade física e psicológica dos participantes pesquisados.

O desconforto físico da criança ou adolescente durante a execução da atividade ocorreu algumas vezes e o procedimento foi imediatamente interrompido. A pesquisadora buscou auxílio da equipe de enfermagem e a sessão foi retomada no dia seguinte. Se a criança sentisse alguma espécie de constrangimento, esperava-se minimizar este possível desconforto com uma breve conversa redirecionada para assuntos de interesse do participante presente antes do momento da aplicação do instrumento. Dependendo do caso, chamar um psicólogo para intervir poderia ser necessário, mas isso não ocorreu. A timidez inicial de dois dos participantes dissipou-se nos dias seguintes sem maiores constrangimentos.

Outro risco iminente era o da contaminação, tanto porque as crianças com câncer se encontravam em situação de vulnerabilidade imunológica, quanto em um caso específico no qual o paciente estava contaminado por bactérias muito resistentes, e as pessoas que tinham contato com ele não poderiam correr o risco de se contaminar. Por isso, neste caso, a pesquisadora utilizou máscara, luvas e jaleco de mangas compridas para minimizar tal risco, visando ao bem estar do participante que se encontrava em tratamento de saúde e com possibilidades de contágio, bem como a preservação da própria pesquisadora. Ainda, para minimizar o risco de contaminação pelos materiais utilizados, foram montados *kits* para cada participante, onde cada um teve seus próprios materiais, que sempre, após cada encontro, foram higienizados com álcool 70 pela pesquisadora. Os *kits* não saíram dos quartos para evitar o risco de os materiais serem contaminados pelo ar ou até mesmo pela eventual utilização dos mesmos por outra pessoa. As câmeras fotográficas foram sempre higienizadas externamente com álcool 70 antes e depois de cada encontro no qual as mesmas foram utilizadas.

Os benefícios da pesquisa, por sua vez, envolvem a elucidação dos aspectos relativos à importância da Arte para formação de indivíduos capazes de viver inter-relações sadias mesmo passando por situações adversas e entrópicas. Para a criança e adolescentes envolvidos, a reflexão sobre a sua autonomia como indivíduos que, apesar de limitações causadas por problemas de ordem interacional e de saúde, possam perceber-se ainda como um ser

criador, capaz de imaginar, criar desenhos, registrar fotografias, e ouvir e contar histórias tende a ser de grande utilidade psicológica. O participante teve a oportunidade de perceber legitimada a expressão de seus sentimentos e de suas opiniões, bem como buscar entender esse processo como uma possibilidade de crescimento nas interações consigo mesmo e com o meio exterior, aumentando sua resistência frente às dificuldades.

4. PROCEDIMENTOS

A coleta de dados com as crianças/adolescentes foi realizada no próprio leito, sem a necessidade do participante se levantar ou se locomover para outro local, visando o conforto dos mesmos. Apesar da Unidade de Internação da Hemato/pediatria disponibilizar uma brinquedoteca, não foi possível nenhum participante realizar as atividades fora do quarto por limitações impostas por suas patologias.

A infraestrutura necessária para aplicação dos instrumentos em um leito hospitalar, bem como boas condições de iluminação e ventilação, e disponibilidade da equipe de saúde (caso ocorresse um eventual desconforto por parte da criança) foram atendidas.

Os participantes tiveram à disposição para a realização das atividades os seguintes materiais: prancheta para apoiar o papel, papel, lápis de escrever, lápis de cor, borracha e apontador. Com esses materiais, foram montados os *kits*, que foram de uso pessoal e um “presente” da pesquisadora para os participantes. As câmeras fotográficas para a realização da atividade de fotografar, proposta por um dos instrumentos de coleta, foram emprestadas pela pesquisadora, assim como os livros e as pranchetas com historietas.

A pesquisa de campo buscou obter dados que propiciassem uma maior compreensão das análises realizadas no plano da literatura. Assim, o objetivo geral do estudo foi obter informações, de caráter empírico, sobre como as práticas artísticas podem afetar processos psicológicos de crianças hospitalizadas de maneira a contribuir para a superação da crise e a construção de recursos de desenvolvimento.

Os instrumentos de pesquisa adotados correspondem a oficinas que propuseram atividades de caráter lúdico e artístico. Como explica Duarte (2011):

Nesse tipo de investigação, os modos de obtenção de dados remetem necessariamente à observação participante (desde o estabelecimento de uma relação empática com a criança à proposição de atividades, até a formulação de respostas aos seus questionamentos) e a procedimentos como entrevistas semiarticuladas, quando se pretende esclarecer e/ou ampliar dados relativos ao desenhar com a própria criança. (DUARTE, 2011, p. 178).

Foram realizados de cinco a oito encontros com cada participante para a realização das atividades. Previamente, foi programado o mínimo de cinco encontros com cada participante e a princípio, o tempo de internação de cada um teve de ser assegurado através de uma breve consulta com a equipe médica e de enfermagem a respeito disso. Todas as sessões foram gravadas em áudio na íntegra e transcritas logo em seguida, evitando assim, perdas de dados que foram observados pela pesquisadora. Além disso, a pesquisadora manteve um diário de pesquisa em que anotava, após cada sessão, todas as impressões de caráter relevante ligadas ao estudo.

Os procedimentos utilizados forneceram dados que foram tratados por meio de técnicas qualitativas, tais como: análise de discurso com a elaboração de eixos de análise e categorias inspiradas no Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA), bem como estudos individualizados, agrupando-se as informações oriundas dos diferentes instrumentos e buscando construir um método interpretativo integrado e dinâmico.

5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram organizados com a intenção de investigar as relações possíveis de serem encontradas entre as práticas artísticas e alguns dos processos psicológicos mobilizados em crianças e adolescentes em situação de hospitalização.

Desta forma, serão apresentados, a seguir, os instrumentos de coleta de dados que foram adotados na presente pesquisa:

5.1 Diário de campo

A pesquisa qualitativa tem se consolidado cada vez mais como um campo transdisciplinar, envolvendo diversos campos do conhecimento e mostrando-se tão eficaz quanto o modelo de pesquisa quantitativo, pois apresenta a possibilidade de visualização e compreensão de fenômenos e realidades subjetivas. Minayo (2010) descreve que esse modelo de abordagem é capaz de integrar o significado e a intencionalidade como próprios aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo estas compreendidas como “construções humanas significativas”.

Dentre os métodos de coleta de dados, a observação apresenta-se como um privilegiado modo de contato com a realidade do fenômeno a ser estudado, uma vez que é observando que nos orientamos e compreendemos a existência e a veracidade do objeto de estudo. Laville e Doione (1999) revelam que a inserção do pesquisador no meio se faz necessária, interagindo com os sujeitos e partilhando o espaço social da pesquisa.

Para realização da observação, os pesquisadores podem contar com a utilização de um instrumento chamado diário de campo, onde podem ser registrados dados relevantes e momentâneos, assim como referências sobre o fenômeno de estudo.

Em seu diário, o pesquisador registra as conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo. Estudos em saúde que empregam a pesquisa qualitativa buscam abarcar a intensidade e não apenas a extensão do fenômeno estudado. (ARAÚJO et al, 2012, p. 54).

Através da técnica de observação, a coleta de dados busca conseguir informações, utilizando os sentidos no processo de alcançar certos aspectos da realidade. Dentre as técnicas de observação existentes, optou-se pela observação participante. Esse tipo de observação ocorre quando o pesquisador

está fisicamente presente observando os acontecimentos, fazendo registros de impressões pessoais do fenômeno e interagindo com o meio de pesquisa.

5.2 Captação de áudio

As informações obtidas na presente pesquisa foram coletadas através de gravações de áudio de todos os encontros e de seus respectivos registros verbais e a seguir, os mesmos foram transcritos na íntegra. A escolha dessa técnica de coleta de dados justifica-se pela espontaneidade do discurso dos participantes. Os encontros não foram planejados com roteiros semiestruturados pois a intenção da pesquisa empírica visava a liberdade dos participantes, para que os mesmos pudessem expressar suas percepções a respeito de fenômenos complexos em que estavam inseridos naquele momento, como a suas histórias de vida, a experiência da doença e a situação de hospitalização.

As conversas individuais possibilitaram alcançar uma variedade de impressões e percepções a respeito dos participantes. Richardson (1999), afirma que esta interação individualizada é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida. “A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador”. (SILVA; FOSSÁ, 2015, p. 2).

A captação dos áudios foi realizada com a devida autorização dos participantes e dos seus responsáveis. Todos os áudios foram captados através de um telefone celular e os mesmos foram armazenados em arquivos de áudio mp4 para posterior escuta e transcrição para a análise de dados.

5.3 Contação de histórias

A contação de histórias é um instrumento de análise baseado, principalmente, no discurso verbal. Existem vários projetos que aproveitam a contação de histórias para fins educativos e terapêuticos, sendo válido

menção aqui o projeto denominado *Biblioterapia*, idealizado na Divisão Pediátrica do Hospital Universitário (HU) da UFSC pela Professora Clarice Caldin, nos anos de 2001 e 2002. O objetivo primário do projeto foi promover a leitura de histórias com propósitos terapêuticos entre as crianças hospitalizadas. Como um dos objetivos secundários listados por Caldin (2002) constam: favorecer a identificação das crianças com as personagens das histórias; diminuir a ansiedade das crianças pela satisfação das necessidades estéticas; processar a catarse aos leitores e aos ouvintes por meio de textos literários infantis. Segundo a autora:

O método biblioterapêutico consiste em uma dinamização e ativação existencial por meio da dinamização e ativação da linguagem. As palavras não são neutras. A linguagem metafórica conduz o homem para além de si mesmo; ele se torna outro, livre no pensamento e na ação. (CALDIN, 2001, p. 37).

No caso do presente estudo, foram selecionadas algumas histórias infanto-juvenis de cunho lúdico que continham um personagem em uma situação adversa ou passando por um momento de crise. As histórias utilizadas foram: *Andrézinho no hospital* (Maria Rita Zoéga Soares); *O monstro do medo* (Mariana de Toledo Chagas); *Uxa ora fada, ora bruxa* (Sylvia Orthof); *Empresta o lápis de cor?* (Rafaeli Constantino Valêncio Peres); e o livro chamado *Contos* (E. E. Cummings), que é composto por quatro contos infantis intitulados: *O velho que só perguntava “por quê?”*; *O elefante e a borboleta*; *A casa que comeu torta de mosquito*; *A menina chamada eu*.

O intuito principal foi que a criança/adolescente tivesse a oportunidade de projetar a si mesma nas histórias e realizar reflexões a partir das mesmas. Os encontros permitiram uma maior aproximação da pesquisadora com os participantes, estabelecendo os primeiros vínculos.

5.4 Pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento de adversidades

Foram apresentadas, em forma de gravuras, sete pequenas histórias que contemplam situações de enfrentamento frequentes no dia-a-dia familiar e

escolar de crianças e adolescentes. O instrumento foi desenvolvido por Loos-Sant'Ana e Sant'Ana-Loos no contexto do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA). Foi utilizado na presente pesquisa a partir do pressuposto de que a apresentação de situações variadas envolvendo *stress* e conflitos em forma de histórias (que, embora fictícias, apresentam situações próximas à realidade que as crianças vivenciam) seria uma maneira útil de coletar dados sobre suas estratégias de enfrentamento, por facilitar a identificação com o personagem e com a situação. Um exemplo de historieta utilizada pode ser encontrado no Apêndice A.

Paludo, Loos-Sant'ana e Sant'Ana-Loos (2014) explicam que *coping* é uma expressão da língua inglesa ("*to cope with*"), sem tradução exata no português. O mais próximo, em português, é "lidar com". "Estratégias de enfrentamento" é uma forma que a literatura brasileira em Psicologia tem utilizado para traduzir a ideia de *coping*, normalmente associando a situações de adversidade. Assim, refere-se ao conjunto de estratégias psicológicas utilizadas para gerenciar estímulos externos e conteúdo interno que são recebidos pela pessoa como estressantes, pois a demanda é percebida como tendo o potencial de exceder a capacidade adaptativa do organismo. Assim, o gerenciamento tem o objetivo de se livrar da situação de desconforto.

Foram apresentadas, em forma de gravuras, sete pequenas histórias que contemplam situações frequentes no dia-a-dia das crianças. A partir da resposta da criança/adolescente a respeito da estratégia de enfrentamento escolhida para resolver as situações das historietas, solicitou-se ao participante um relato livre, iniciando com a seguinte pergunta: "O que você faria no lugar do personagem?" Seu discurso foi analisado através das seguintes categorias: (1) *ação agressiva*; (2) *conversas com pessoas* (3) *aceitação* (4) *tentativa de reparação*. A ordem de apresentação das histórias foi aleatória.

5.5 Desenhos-estórias

Foi disponibilizado aos participantes, para a realização dessas atividades, diversos materiais: papéis de diferentes cores, lápis de cor, giz de cera, lápis de escrever, borracha, apontador, uma caixinha de tinta guache com

seis cores e um pincel. Cada criança teve seu *kit* exclusivo a pedido da equipe de enfermagem, evitando assim, a contaminação do material. Os desenhos não saíram do quarto a fim de evitar, também, a contaminação. Os desenhos produzidos foram fotografados pela pesquisadora e os originais ficaram com os participantes. O *kit* de materiais também foi doado aos participantes.

Esse instrumento de coleta foi desenvolvido por Walter Trinca entre os anos de 1972 e 1977 com o objetivo de investigar o sujeito e sua subjetividade, captando suas emoções através de suas representações gráficas (RABELLO, 2013, p. 149). Essa investigação utiliza os desenhos criados pelos sujeitos unidos a uma história elaborada por elas a partir dos desenhos produzidos dentro de uma temática, gerando a possibilidade do indivíduo se comunicar simbolicamente. Portanto, o aspecto lúdico oriundo da criatividade, da imaginação e da expressividade inerentes ao fazer artístico, é o elemento principal desse instrumento. O instrumento é muito utilizado por arte-educadores e arteterapeutas para todas as faixas etárias, sendo muito utilizado com crianças e adolescentes. Segundo Barbosa (2009), o autor do instrumento sustenta que o procedimento é formado por uma associação entre os processos expressivo-motores (entre os quais se inclui o desenho) e os processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas).

Para a utilização desse instrumento, utiliza-se o desenho e uma história, ou o relato sobre o desenho realizado. Barbosa (2009) descreve de forma sucinta como o instrumento pode ser utilizado: A primeira etapa é convidar o indivíduo a elaborar um desenho a partir de um tema proposto, a partir do qual verbalizará uma história ou um relato sobre o desenho. Em seguida, se necessário, responderá a alguns esclarecimentos solicitados pelo pesquisador, sendo finalmente incentivado criar um título para a sua produção. O objetivo do trabalho é que a manifestação subjetiva aconteça a partir do estímulo gráfico (desenho), de forma que o sujeito realize uma organização pessoal, exercendo liberdade de composição. Esclarece Rabello (2013) que:

O desenho-estória traz os conflitos dos indivíduos e também traz os recursos que esse indivíduo tem para sua resolução. Isso me parece o mais valioso nesse instrumento de investigação: trazer junto com as dificuldades e os conflitos que os indivíduos enfrentam

também seu potencial para resolvê-los, da sua esfera de possibilidades, deixando claro como o indivíduo se organiza para solucionar seus problemas e conflitos. (RABELLO, 2013, p. 150).

O procedimento do desenho-estória é, geralmente, realizado com quatro ou cinco desenhos. O primeiro desenho pode ser entendido como uma “autoapresentação da criança”. A produção envolve desenhos que a criança costuma fazer ou que são comuns a ela. O segundo desenho marca o que é denominado como “um encaminhamento ao conflito”: A produção da criança é mais genuína e costuma haver uma quebra na barreira de quem desenha. O desenho, nesse momento, é mais solto e algumas representações relacionadas aos conflitos e dificuldades já começam a aparecer. O terceiro desenho, afirma Rabello (2013), é denominado o “desenho do conflito”. Nele a criança deixa vir à tona seus conflitos por meio de símbolos e representações contidos no seu desenho. E, por fim, o quarto e quinto desenho significam “as possibilidades de resolução de conflitos”, sendo que as soluções trazidas nos desenhos podem ser reais ou imaginárias. É possível que nessas produções a criança dê algum prognóstico para a situação que lhe incomoda, mostrando possibilidades de ação frente aos conflitos. Cada desenho tem um significado, descrito pela autora. Ela dá um exemplo do procedimento com a temática “família”:

Primeiro desenho: desenhe uma família qualquer.
Segundo desenho: desenhe a família que você gostaria de ter.
Terceiro desenho: desenhe uma família em que você não está bem.
Quarto desenho: desenhe a sua família.
(RABELLO, 2013, p. 153).

A história criada sobre o desenho pode ser escrita pela criança ou pode ser contada oralmente e o pesquisador ser o “escriba”. Considerando-se o presente estudo, houve alguns ajustes na aplicação do instrumento desenho-estória, dependendo de cada participante. Neste caso, não foi aplicada a ideia de criar uma história para o desenho, mas na finalização de todos os desenhos, houve uma conversa sobre os mesmos com os participantes, que foram gravadas e transcritas. Rabello (2013) enfatiza que a conversa posterior

sempre é esclarecedora, possibilitando entender melhor as questões que são apontadas nos desenhos produzidos.

Adaptando esse instrumento ao tema “hospitalização”, a sequência de temáticas dos desenhos foi a seguinte:

- *Primeiro desenho: Desenhe onde você gostaria de estar nesse momento;*
- *Segundo desenho: Desenhe o que está acontecendo com você agora;*
- *Terceiro desenho: Desenhe você quando sair do hospital.*

O objetivo geral do trabalho é que a manifestação subjetiva aconteça a partir do estímulo gráfico (desenho), de forma que o sujeito realize uma organização pessoal, exercendo liberdade de composição. Esse procedimento vem ao encontro com um dos princípios norteadores da pesquisa, de acordo com o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, que vê na Arte um recurso valioso que possibilita ao indivíduo a emergência de processos de catarse e reflexão, e posteriores alterações no encaminhamento dos conflitos. O desenho, nesse sentido, manifestará afetos que possibilitarão ao sujeito a realização de atualizações em seus recursos, sua identidade, percebendo-se como sujeito criativo e autônomo, que mesmo em situação adversa, ainda pode se comunicar e criar (histórias, desenhos).

Trazer à tona o potencial para resolver adversidades por meio da criação de novas possibilidades representa a busca da estabilidade dentro da dimensão recursiva do sujeito. Uma relação de alteridade com a Arte (e com o mediador, no caso, o pesquisador) pode vir desencadear a criação de novos recursos psíquicos através da resiliência *ampliada*⁹, tornando-se capaz de atribuir um novo significado à situação vivenciada e construir estratégias de enfrentamento ampliadas. Tal processo traz, como consequência, a reorganização das referências de si mesmo e de mundo no *self* do indivíduo, conforme anteriormente explicado, ajudando a promover seu desenvolvimento.

⁹ *Resiliência ampliada* é um constructo proposto pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*.

5.6 Fotovoz

“O *fotovoz* é um recurso metodológico por meio do qual as pessoas utilizam câmeras fotográficas para documentar suas realidades de vida e saúde.” (COSTA, 2013, p. 1676). O *fotovoz* é um método onde os participantes criam fotografias e, posteriormente, são convidados a contar histórias sobre suas fotos. O objetivo básico do procedimento é identificar e representar questões de importância para eles, o que permite aos pesquisadores ter uma maior compreensão do tema em estudo.

O termo “*photovoice*” foi proposto por Caroline Wang e Mary Ann Burris, nos anos 1990, para descrever a abordagem de misturar fotografia e narrativa, buscando explorar questões a respeito da comunidade e do histórico onde o sujeito está inserido. É utilizada uma mistura de imagens e palavras que acaba por expressar necessidades, histórias, cultura, problemas e desejos subjetivos (NYKIFORUK; VALLIANATOS; NYKIFORUK, 2011). Isso porque as imagens fotográficas têm o poder de dialogar com a realidade e com a representação dessa realidade. Fotografias são consideradas observações estéticas (de cunho artístico) e documentais de uma realidade vivida, carregadas de conceitos de mundo e significados subjetivos, emocionais e afetividade. Além disso, a fotografia é uma linguagem artística relativamente recente, muito inserida na arte-educação e na arte contemporânea. A fotografia tem o poder de trazer reflexão, além de trabalhar o olhar fotográfico: “um ato criativo e uma possibilidade de surpresa.” (MAURENTE, TITTONI, 2007).

O recurso metodológico de entregar uma câmera nas mãos de um indivíduo e convidá-lo a retratar a sua realidade tem sido um método de pesquisa muito utilizado em diferentes áreas do conhecimento, como a Antropologia, a Comunicação Social, a Psicologia, a Sociologia e a Educação. Essas áreas vêm investindo na questão da imagem como recurso metodológico bastante rico (idem, 2007).

Existe um projeto de uma ONG brasileira que trabalha de maneira muito semelhante em hospitais por todo Brasil. Tudo começou em 1995, quando André François, um fotógrafo que fazia fotos para o seu livro percorrendo comunidades por todo o país, percebeu o grande interesse que as crianças demonstravam pela fotografia. O fotógrafo percebeu que, através de

suas imagens obtidas, as crianças percebiam seu mundo com olhar crítico e reflexivo. Assim, resolveu expandir esse projeto, chamando-o de “Projeto Expedição”. Com seu próprio financiamento, François percorreu o Brasil com um ônibus chamado *ImageMágica*. Entre as diversas ações propostas pela organização, um dos principais objetivos era ensinar a utilização da fotografia como ferramenta para instigar o olhar crítico em áreas sociais, culturais, educacionais e de saúde.

Com a expansão dos projetos fotográficos, surgiu então, o Projeto Saúde e Cultura, que busca promover a humanização e a interação nos hospitais entre pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde por meio de oficinas de fotografia, para que estes registrem seus olhares sobre a humanização hospitalar. A ideia é “[...] valer-se da fotografia como instrumento terapêutico, através de oficinas ministradas para crianças hospitalizadas e equipes de saúde.” (FRANÇOIS, 2010, p. 35).

Cada fotografia é um olhar único e um momento único. Ela tem o efeito de captar um momento e falar por si mesma. As imagens em geral têm o poder de comunicar muito em uma só tomada:

O estudo da imagem é fundamental para o entendimento dos múltiplos pontos de vista que os homens constroem a respeito de si mesmos e dos outros, de seus comportamentos, seus pensamentos, seus sentimentos e suas emoções em diferentes experiências de tempo e espaço. (MELLEIRO; GUALDA, 2005).

Assim, a proposta desta estratégia metodológica, na presente pesquisa, consistiu em oferecer uma câmera fotográfica à criança e solicitar que produzisse algumas imagens a partir da seguinte solicitação: “Registre algo/alguém que seja importante para você dentro do hospital”. Em cada uma das fotos, ela foi convidada a contar algo a respeito da imagem. Os registros verbalizados a respeito das fotos foram coletados através de anotações no diário da pesquisadora e as fotografias foram impressas posteriormente e entregues aos participantes da pesquisa.

Caso o participante desejasse tirar foto de algum profissional de saúde, este seria convidado e consultado se aceitaria participar da fotografia. Porém, não houve nenhuma situação desse gênero.

A análise da intervenção fotográfica foi realizada a partir dos sentidos captados e percebidos pela pesquisadora ou anunciados pela criança ou adolescente que a fotografia evocou, bem como dos elementos escolhidos para serem fotografados e suas relações com o tema e com o autor da fotografia. A partir desses elementos, foram identificadas as relações de alteridade e as interações construídas no contexto hospitalar.

6. PROCESSO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

A utilização dos instrumentos descritos teve por finalidade acessar questões e dados objetivos e subjetivos relacionados aos fenômenos em estudo. As categorias consideradas de maior relevância para esta investigação, no que se refere aos processos psicológicos e interacionais envolvidos, bem como ao papel das práticas artísticas utilizadas, são inspiradas no Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) – conforme descrito na fundamentação deste trabalho. As mesmas foram utilizadas como categorias principais que nortearam o tratamento e a análise dos dados, conforme se explicitará na continuidade deste trabalho.

PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2014. A pesquisadora, inicialmente, entrou em contato com a gestora e administradora do setor e marcou um encontro. Neste encontro, foi apresentada a ideia do projeto de pesquisa e assim, a pesquisadora foi orientada sobre os procedimentos com o comitê de ética do hospital e também com o comitê de

ética da universidade. O contato com a gestora foi frequente até o momento do início da pesquisa empírica. Todo o processo de aprovação da pesquisa pelos comitês demorou, mais ou menos, quatro meses. Nesse período, as escolhas dos instrumentos bem como o aprofundamento dos estudos iam ocorrendo.

O local de pesquisa foi escolhido pela pesquisadora porque é um hospital-escola pertencente à universidade e, como aluna da universidade, o acesso ao hospital, a busca de informações e conversas com as diversas equipes que administram o mesmo foi de certa forma, facilitada. Após as aprovações dos comitês em mãos, foi autorizado o início do trabalho.

No primeiro dia em que a pesquisadora esteve na unidade de internação, a mesma foi apresentada à equipe de Enfermagem pela gestora do setor, também à estrutura da Unidade Pediátrica, bem como tomou contato com as crianças e adolescentes internados na Unidade. Foi combinado com a enfermeira-chefe da Pediatria que a pesquisadora iria todas as tardes durante o período de coleta, mas se fosse necessário ir algum dia pela manhã ou algum dia do final de semana, bastaria combinar com a enfermeira-padrão responsável pelo plantão no dia.

A pesquisadora foi muito bem acolhida e ficou bem à vontade no ambiente durante todo o processo de coleta de dados. Foi tratada como alguém da equipe. Todas as pessoas que trabalhavam lá mostravam-se muito acolhedoras e afetuosas com as crianças. Após a coleta com os instrumentos previstos, ocorreram mais três encontros “extras” com dois dos participantes do estudo (o outro participante já havia ganhado alta nesse período) envolvendo os dias de véspera de Natal e de Ano Novo, a pedido dos mesmos, e com autorização da enfermeira de plantão.

A Unidade de Hemato/Pediatria conta com sete quartos, sendo que um deles é o denominado “isolamento¹⁰” e alguns outros estão em desuso. A maioria dos quartos têm dois leitos e todos eles têm um banheiro para os pacientes. Os acompanhantes têm banheiros próprios, assim como a equipe.

¹⁰ O *isolamento* é o termo comumente utilizado para referir-se ao quarto que aloja pacientes com precauções de contato. No cenário da pesquisa, este quarto era privativo e cada pessoa que o adentrava deveria vestir o equipamento de proteção individual, que consistia em jaleco, luvas e máscara.

No período de coleta, houve certa rotatividade de crianças, mas a maioria delas eram bebês ou crianças bem pequenas. Dentre esses, o mais velho com quem a pesquisadora teve contato tinha seis anos.

A maioria das crianças eram portadoras de neoplasias malignas ou leucemia e todas estavam acompanhadas¹¹ ou pela mãe ou pela avó, salvo um caso em que a pesquisadora observou que quem acompanhava era o pai. Os acompanhantes presenciam todos os procedimentos realizados com as crianças e as mesmas não podem ficar sozinhas. Neste período, a Unidade contava com uma média de doze a quinze crianças internadas e dessas, apenas três pacientes tinham idade acima de oito anos – os quais, segundo os critérios de inclusão e exclusão da amostra, tornaram-se os participantes do estudo. No dia seguinte à apresentação da pesquisadora pela gestora e por uma das enfermeiras-chefe da Unidade, a coleta propriamente dita iniciou.

2. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa três pacientes que estavam internados na Unidade de Hemato/Pediatria do Hospital de Clínicas ao longo do mês de dezembro de 2014. Os pacientes que foram selecionados atendiam aos critérios de inclusão de pesquisa: estavam internados em tratamento prolongado, tinham mais de oito anos de idade e concordaram em participar do estudo, bem como receberam autorização dos responsáveis para tal.

Os três participantes de pesquisa selecionados são do sexo masculino. Um deles iria completar dez anos em poucos dias e os dois outros tinham treze anos completos.

Apesar do foco da Unidade de Hemato/Pediatria ser o atendimento a casos de câncer, alguns outros casos acabam sendo atendidos neste local, por razões múltiplas referentes ao funcionamento do hospital. Um dos motivos é que a referida unidade conta com um quarto de isolamento, que é utilizado

¹¹ Se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente) devendo o estabelecimento de saúde fornecer condições para a sua permanência em tempo integral. (Fonte: Instituto brasileiro de defesa do consumidor: <<https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/sus-conheca-os-seus-direitos>>)

quando há um caso que deve ser tratado e medicado sem exposição ao contato externo. Por isso, o participante de dez anos incompletos estava sendo atendido na unidade, mesmo não apresentando câncer (apresentava um tipo de infecção grave, melhor especificada mais adiante). Os outros dois participantes apresentavam caso de neoplasia maligna.

Os participantes de pesquisa foram convidados pela pesquisadora a escolher um nome fictício para serem identificados no presente trabalho. Cada um escolheu o seu codinome, tendo, cada um, o seu motivo específico. Então os meninos serão aqui identificados como: *Paolo Guerrero*, *Paul Rodriguez* e *Bernardo*.

2.1 Paolo Guerrero¹²

No primeiro dia da coleta de dados a pesquisadora visitou “Paolo Guerrero”, um paciente de dez anos (incompletos) que estava com um quadro de mucoviscidose com colonização de bactérias, por isso se encontrava no isolamento. Como prescrição do tratamento, ele deveria tomar um antibiótico por quatorze dias e nesse período, não ter contato com outros pacientes, além dele não poder circular fora do quarto. Para a equipe, todos que entrassem no quarto de Paolo Guerrero deveriam utilizar jaleco limpo com mangas compridas, luvas e máscara. Na porta do quarto dele havia um aviso de “precaução de contato”. Essa precaução estava mais relacionada aos outros pacientes, que não poderiam ter contato com as bactérias da infecção de Paolo Guerrero devido ao seu baixo sistema imunológico e, por isso, todos deveriam se proteger para não espalhar os microorganismos.

Paolo Guerrero é um menino alegre e bastante agitado. Talvez pelo fato de não poder sair do quarto, ele se apresentava bastante inquieto. Apesar de não conhecer previamente a pesquisadora, ele conversou sem nenhuma timidez. A primeira coisa que ele falou assim que a viu adentrar em seu quarto foi: “Outra médica?”. A pesquisadora sorriu e disse que não era médica, mas

¹² O nome escolhido pelo participante da pesquisa faz referência ao atleta futebolista peruano José Paolo Guerrero Gonzales, mais conhecido como Paolo Guerrero (1984-) que joga como atacante. O atleta jogou no time brasileiro Corinthians de 2012 a 2015, fato que levou o participante a admirá-lo, pois se considerava torcedor deste time.

queria saber por que ele achou que (ela) fosse. O menino respondeu: “Porque fica entrando uma médica atrás da outra aqui”. Ao ser questionado no primeiro dia sobre como estavam as coisas com ele, rapidamente respondeu: “estão mal”. Em seguida contou que vários “papais-noéis” estavam todos os dias no hospital levando presentes para os pacientes e que ele tinha medo de Papai Noel, porque um tio sempre o assustava com a imagem do Papai Noel. Realmente, muitos voluntários estavam levando presentes e doces para as crianças por causa do Natal que se aproximava.

Paolo Guerrero enfatizou várias vezes durante a coleta seu medo referente ao Papai Noel. Em nenhum momento a pesquisadora observou algum voluntário realmente vestido de Papai Noel, apenas com um chapéu típico. Também não presenciou nenhuma cena em que Paolo Guerrero estivesse com medo, apenas ouviu mais de uma vez ele ressaltar isso.

Paolo Guerrero ficou internado em um período total de quinze dias, sendo que durante o período da coleta de dados três pessoas o acompanharam: sua mãe biológica, seu padrasto e seu pai adotivo.

A história de Paolo Guerrero foi contada por ele mesmo à pesquisadora ao longo da coleta. Ele iria completar dez anos dentro de poucos dias e estava no quarto ano de uma escola municipal. Disse que gostava muito de cachorros e seu sonho era ser jogador de futebol. Paolo Guerrero é bastante falante e espontâneo; conversa sobre tudo e gosta de sempre estar fazendo alguma coisa. Sua principal reclamação a respeito do hospital era o fato de que “não tinha nada pra fazer”.

Paolo Guerrero contou que morava atualmente com o pai e a mãe adotivos, além de sua irmã mais nova. A mãe biológica passou a guarda do menino para uma tia dela. Ele afirmava que tinha “*duas mães e três pais*”, pois no caso dos pais, tinha seu pai biológico, seu padrasto e seu pai adotivo, do qual ele sempre falava com grande afeto, referindo-se a ele como “*meu pai veíinho*”.

Em relação ao pai adotivo, Paolo Guerrero dizia “ele, sim, gosta muito de mim”. Nos últimos dias de coleta, a pesquisadora conheceu seu pai adotivo. Era um senhor de mais ou menos uns sessenta anos. Realmente era muito paciente e tranquilo, e estava ansioso pela alta de Paolo Guerrero.

Certa ocasião a pesquisadora perguntou a Paolo Guerrero como era ter “tantos pais e mães” e ele explicou, brevemente, que foi para a casa dos pais adotivos porque seu pai (biólogo) batia em sua mãe (biólogica). Ela então resolveu “dar” o menino para uma tia dela. Disse que os novos pais não eram bravos e que gostavam muito dele. Ao ser questionado quando ficavam zangados com ele, sua resposta foi que as duas mães ficavam bravas quando ele não queria tomar os “remédios ruins” e as vitaminas. Disse também que gostava do gênero *funk* de música e que sua mãe adotiva não apreciava quando ele ouvia as músicas de que gostava.

Em função da restrição de locomoção e atividades de isolamento, Paolo Guerrero sempre demonstrou muita agitação. Ele assistia à TV ou ficava muito tempo na janela, literalmente pendurado nas grades, observando tudo o que se podia ver lá fora. Como estava no 14º andar do prédio, tinha uma vista ampla. A pesquisadora participou de alguns desses momentos de observação pela janela. Percebia a vontade imensa que ele tinha de ir embora o mais rapidamente possível daquele local.

Apesar de estar doente e muito entediado, Paolo Guerrero inventava maneiras de se divertir. Ele pintava os desenhos reproduzidos em fotocópias que o voluntariado do hospital entregava, mesmo afirmando que os desenhos eram “chatos e os lápis de cor eram ruins”. Um dia, um grupo de voluntários entregou aos meninos da unidade de presente de Natal uma bola de futebol. Sem cerimônias, Paolo Guerrero chutava sua bola contra a parede e fazia “embaixadinhas” dentro do quarto. Ele fez amizade com muitas senhoras da equipe de limpeza e com a equipe de enfermagem. Ele é um menino bastante carismático e sorridente, apesar das circunstâncias de seu isolamento.

Nas atividades de coleta de dados, Paolo Guerrero sempre foi muito participativo. Nunca se negou a participar das propostas, gostava de ouvir histórias, mas tinha um pouco de pressa para que elas acabassem logo. Nos desenhos, apareceram muitas referências à escola. Ele disse que prefere “mil vezes” estar na escola a estar no hospital.

Ele apresentava muita tosse devido a sua doença crônica nos pulmões. Faz acompanhamento uma vez por mês na Pneumologia do Hospital. Esse internamento foi o primeiro do corrente ano. Precisou ser internado pois sua imunidade baixou muito e seus pulmões apresentaram uma nova colônia de

bactérias. Apesar de apresentar fibrose cística nos pulmões e dificuldade de respirar, Paolo Guerrero nunca viu a sua doença como impedimento para as atividades que apreciava, como jogar futebol, por exemplo.

A escolha de seu codinome foi em homenagem a um jogador do time do Corinthians, do qual ele é fã. Mas é claro que a relação com o sobrenome “Guerrero” que lembra a palavra “Guerreiro” por uma criança que luta contra uma doença crônica não é aleatória. Ele enfatizou preferir que sempre se mencionasse o nome completo do jogador. Admirava-o muito por sua performance no futebol.

Em relação à escola, Paolo Guerrero sempre demonstrou gostar muito dela. Seu pai adotivo revelou à pesquisadora que ele apreciava ir à escola e que sempre tirava boas notas, ganhando muitos bilhetes de elogios. Durante a coleta de dados, a saudade e o afeto pela escola apareceram algumas vezes, assim como seu amor pelo futebol foi mostrado nitidamente.

No último dia de coleta, Paolo Guerrero mostrou à pesquisadora que ganhou uma chuteira de presente da equipe do hospital, a qual foi comprada por meio de uma “vaquinha” entre as enfermeiras, a equipe de limpeza e a médica responsável pelo menino. Ele disse que estava muito feliz por sair e estava levando muitos presentes para casa, principalmente o “presentão de Natal”, que era a chuteira. Ele calçou imediatamente as chuteiras que ganhou e fez “embaixadinhas” para exibi-la. Ria muito, estava muito feliz em seu último dia de internamento.

Após o período de reclusão para tomar os antibióticos, Paolo Guerrero ficava dizendo: “Vai com Deus, hospital!”. Estava muito contente por estar indo embora com seu pai. Ele interagiu muito ativamente com o pai, diferentemente de quando estava com seu padrasto ou com sua mãe biológica.

Alguns dias antes do Natal, Paolo Guerrero ganhou alta pela manhã. No dia em que ganhou alta, a pesquisadora esteve no hospital durante a tarde e ao passar pelo seu quarto, viu que o menino já tinha ido embora e apenas algumas senhoras da equipe de limpeza estavam esterilizando e desinfetando o quarto para o próximo paciente que já estava à espera. Um vazio e uma saudade tomou conta da pesquisadora. O menino mais alegre tinha ido para casa - ainda bem.

2.2 Paul Rodriguez¹³

No primeiro dia de coleta de dados no hospital, também um garoto de treze anos, aqui denominado “Paul Rodriguez”, foi visitado pela pesquisadora. Porém, diferentemente dos outros dois participantes que já quiseram dar início às atividades no primeiro encontro, com Paul houve apenas uma conversa. Ele se mostrou interessado em participar da pesquisa, mas não estava disposto a dar início de maneira “ativa” naquele mesmo dia. A pesquisadora conversou com ele e, em seguida, prometeu voltar no dia seguinte.

Neste primeiro contato, a pesquisadora tentou lhe dirigir algumas perguntas a fim de conhecê-lo melhor. Inicialmente, Paul Rodriguez demonstrou estar um tanto fechado e tímido. Ele estava no hospital em tratamento de um câncer que, no seu caso, é um tumor no joelho esquerdo, como também câncer nos pulmões. Ele já foi submetido à cirurgia para retirada do tumor no joelho e agora estava internado para realizar as sessões de quimioterapia. Sua cirurgia para “limpeza” dos pulmões estava marcada para ser realizada em dois meses.

Estava acompanhado da mãe, que, com exceção de uma única vez, na qual foi acompanhado pelo pai, sempre esteve presente. A família não é originalmente de Curitiba, mas passaram a residir na cidade desde o mês de maio (2014). Sua doença foi descoberta há seis meses e, desde então, ele não foi mais para a escola. Ele cursava o oitavo ano do Ensino Fundamental e ao longo desse tempo, realizou acompanhamento escolar apenas com as professoras do hospital.

A mãe de Paul Rodriguez é uma mulher jovem e simpática. Ela também é mãe de mais um menino, de dez anos. Ela veio do interior do estado do Paraná com seus filhos no mês de maio do corrente ano. Explicou que se separou do pai dos meninos e resolveu vir para a capital para procurar emprego. Os três moravam na casa de sua irmã. Ela chegou a matricular seus filhos em uma escola na cidade, mas, logo em seguida, Paul Rodriguez começou a sentir estranhas e fortes dores no joelho e este inchava bastante. Em princípio o garoto foi levado em uma UPA 24 horas (Unidade de Pronto

¹³ O nome fictício escolhido faz referência a Paul Rodriguez Jr. (1984-), um skatista profissional norte americano.

Atendimento) na região metropolitana de Curitiba, onde foi medicado como se fosse uma torção. Porém, os medicamentos não melhoraram o quadro e a mãe recorreu ao pai, que veio até Curitiba. Ambos levaram Paul Rodriguez para uma UPA 24 horas em Curitiba. Lá, o médico suspeitou de algo mais grave e fez um alerta aos pais, elaborando uma guia de encaminhamento para um hospital. No hospital o andamento foi mais rápido e assim, conseguiram uma consulta com um ortopedista que pediu uma radiografia e uma ressonância. A partir dos resultados, foi realizada uma biópsia, pois foi levantada a suspeita de um tumor. Em seguida, no início do mês de julho, o resultado positivo para câncer foi revelado à família e Paul Rodriguez já ficou internado. Os exames iniciais foram realizados em outro hospital, mas o tratamento de Paul Rodriguez vem sendo feito no Hospital onde foi realizada a coleta.

Sua vida escolar tem sido instável, pois além da doença ter impedido a continuidade de sua frequência, Paul Rodriguez mudou de cidade no meio do primeiro semestre, precisando se adaptar a um novo local de estudos. Revelou que sua nova escola era desorganizada e que ele não tinha um professor de Matemática. Dois meses depois, descobriu a doença e, por isso, não foi mais à escola. Não houve tempo de criar nenhum tipo de laço ou vínculo maior com professores e colegas.

Segundo Paul Rodriguez e sua mãe, o tumor no joelho já estava sendo tratado há alguns meses, mas recentemente havia sido descoberto, também, o câncer de pulmão. Para Paul Rodriguez, essa foi mais uma péssima notícia. Para ele, “tudo no hospital é ruim”. Ele parecia, no início, muito abatido e só assistia à televisão.

Paul Rodriguez é um adolescente que gosta de mexer no celular, jogar videogame e jogar futebol. Mas suas atividades preferidas são desenhar e andar de skate. Em vários momentos, a pesquisadora o observou assistindo a vídeos de skatistas no *Youtube*. Segundo ele, o maior sonho de sua vida era ser skatista profissional. No entanto, o fato dele ter adquirido um tumor no joelho esquerdo passou a comprometer sua locomoção, fazendo com que precisasse de muletas e, invariavelmente, tornou-se impossível andar de skate no momento. Esse é um fato que o entristece muito.

A escolha de seu nome fictício foi em homenagem a um skatista profissional norte-americano, o qual ele admira muito e que conheceu através de vídeos e reportagens sobre *skate* na Internet.

Nos primeiros dias da coleta, Paul Rodriguez parecia ser o participante menos disposto. Nas contações de histórias ele parecia não se interessar tanto e mostrou-se mais reservado nos dois primeiros dias. A partir do terceiro dia, porém, ele passou a conversar mais com a pesquisadora e revelou alguns de seus sentimentos e reflexões acerca de sua condição. Por gostar muito de desenhar – chegou a afirmar que essa era uma de suas atividades favoritas –, quando ele começou a desenhar por instrução da pesquisadora ficou mais animado. No caso de Paul Rodriguez, o instrumento de desenho-estória teve uma pequena adaptação, já que, por gostar de desenho, a pesquisadora o deixou mais livre para criar por alguns momentos da coleta.

Paul Rodriguez demonstrou ser o paciente mais preocupado com a sua situação de doença. Revelou sentir “uma aflição por dentro” e “medo de coisas ruins” que poderiam acontecer. Disse que só não sentia medo e aflição quando se distraía com algo, como quando brincava. Mas, assim mesmo, não sentia muita vontade de fazer as coisas, vivia desanimado.

O tratamento de câncer tem, em média, a duração de dez anos e com Paul Rodriguez não será diferente. Ele comentou ter ouvido da médica que, mesmo depois da cura, sempre terá de ir ao hospital coletar sangue para saber se está tudo bem. As sessões de quimioterapia acontecem, geralmente, de quinze em quinze dias a uma vez por mês, dependendo do caso, e tem duração média de oito meses. Alguns casos necessitam de cirurgia, como foi o caso de Paul Rodriguez. Ele revelou, em certo momento, que espera que se cure e nunca mais volte a ter câncer, como ele ouve a respeito de outros casos.

No decorrer da coleta, Paul Rodriguez foi gradativamente se animando e se aproximando afetivamente da pesquisadora. Sempre sorria quando ela chegava no quarto. Nos primeiros dias, geralmente estava vendo TV ou mexendo no celular e não buscava interagir. Após alguns dias, porém, ele deixava de fazer o que estava fazendo para participar das atividades. Chegou a batizar uma pequena mochila onde guardava todo o seu material do kit de “mochila de artes”. Mostrou-se muito interessado em aprender diferentes

técnicas, principalmente aquarela. Sabia copiar bem desenhos de observação. E passou a afirmar que ainda quer ser muito bom em desenho.

Para surpresa da pesquisadora, um dia Paul Rodriguez postou um desenho seu em uma rede social e inseriu a seguinte frase como legenda: “se sentindo muito feliz no hospital de clínicas da UFPR.” Muitas pessoas comentaram sua foto e ele se sentiu orgulhoso.

No tratamento de câncer, geralmente o paciente não fica internado muitos dias ininterruptos no hospital. Todas as segundas-feiras eles vão ao ambulatório do hospital fazer coleta de sangue para controle. Se estiver tudo bem, eles podem voltar para casa; mas, no caso de o resultado dos exames apontarem qualquer desordem, os pacientes ficam internados. Durante a coleta, houve momentos que Paul Rodriguez ficou uma semana em casa. Geralmente as internações dos pacientes para fazer quimioterapia duram, em média, três dias. Paul Rodriguez continua em tratamento, sendo que sua cirurgia dos pulmões está marcada para o mês de fevereiro de 2015. Houve uma pausa em suas sessões de quimioterapia devido à proximidade da cirurgia. No atual momento, ele está em tratamento para ganho de peso e melhora do sistema imunológico, para mostrar-se mais resistente no dia da cirurgia. Seu irmão mais novo voltou para o interior do Estado com o pai, até que a saúde Paul Rodriguez esteja mais recuperada e estabilizada.

2.3 Bernardo ¹⁴

A pesquisadora foi apresentada pela enfermeira também a um outro paciente de treze anos, o qual será aqui chamado de Bernardo. Ele foi inicialmente muito doce, apesar de tímido; e pareceu interessado em participar da pesquisa, mostrando-se disposto já na primeira conversa. Bernardo estava internado há quatro dias. Ele estava acompanhado de sua avó e dividia o quarto com uma criança de um ano de idade. Bernardo tinha câncer no osso da bacia e estava em tratamento quimioterápico. Havia descoberto a doença há

¹⁴ O codinome utilizado para identificar este participante não é, de fato, o nome escolhido por ele. Esse nome foi escolhido pela pesquisadora para “fins didáticos” e de preservação da imagem do participante, tendo em vista a ligação íntima do nome “Bernardo” com o nome original pelo qual ele havia optado: “Bianca”.

três meses. Após algumas consultas em outros hospitais, deu início ao tratamento no Hospital onde foi realizada a pesquisa. Desde então, não foi mais à escola.

Na primeira conversa, Bernardo estava tímido, mas disposto a conversar. A pesquisadora se apresentou e explicou a respeito das gravações em áudio e do nome fictício que poderia criar para servir como seu codinome na pesquisa. Após a leitura e assinatura do TALE, a maneira de interagir melhor antes de partir para os instrumentos foi uma conversa em que lhe foram dirigidas várias perguntas. Bernardo respondia a todas com certa timidez. Afirmou que estudava em uma escola no município de Curitiba e que estava no sétimo ano. Apesar do tratamento, disse que a escola estava “bem” e que tinha passado de ano. Relatou também que havia sido internado em outro hospital logo após a descoberta de seu câncer, mas que, depois, passou a ser internado apenas do Hospital de Clínicas. Nesse local, este era o seu terceiro internamento.

Bernardo tinha completado treze anos recentemente. Apesar de sua idade, ele era muito pequeno e magro e não tinha os comportamentos típicos de adolescentes de sua idade hoje em dia. Ele e sua família eram do interior do Paraná e ele mantinha muitos gostos da vida rural. Apesar de ser um pouco “envergonhado” no início, abriu-se mais com a pesquisadora logo a partir do uso do primeiro instrumento de coleta. Gostava muito de ouvir histórias e, ao contrário dos outros participantes, preferia os contos mais longos.

Bernardo explicou que era sempre a sua avó que o acompanhava no hospital, que ele tem dois irmãos e “mais alguns outros que ele não conhecia”, por parte de mãe. A mãe de Bernardo era usuária de *crack* e fazia três anos que ele não a via, nem tinha notícias dela. Ele e seu irmão mais novo, de dez anos, moravam com os avós paternos. Bernardo estava sob a guarda deles desde os seus quatro anos. Seu pai morava próximo da casa dos avós, sendo casado com outra mulher e possuindo uma filha com ela, que ainda era bebê. Os irmãos que Bernardo não conheceu eram irmãos por parte de mãe, e, segundo ele, o conselho tutelar tirou a guarda das crianças devido à situação da mãe com “drogas pesadas”.

Há três meses, Bernardo começou a sentir fortes dores na perna e rapidamente apresentou dificuldade para andar e assim, começou a mancar.

Os avós o levaram a uma UPA 24h e a primeira hipótese levantada foi de fratura. O diagnóstico demorou a ser finalizado, até que um médico solicitou radiografias e tomografia da bacia, suspeitando de um tumor maligno. No mês seguinte, Bernardo foi internado para fazer biópsia, em outro hospital da cidade. Com o resultado da biópsia, que confirmou a suspeita atual por parte dos médicos, o tratamento com quimioterapia foi iniciado. A avó disse que Bernardo ficava “muito bravo” com o médico e com a quantidade de remédios que teve de começar a tomar, além de ficar irritadiço com as fortes dores que sentia. Assim, desde que as dores começaram, Bernardo não foi mais à escola e a rotina de visitar médicos e passar dias internado começou.

Bernardo havia mudado de escola no meio do ano por conta da mudança de cidade, mas frequentou apenas durante dois meses. Assim como Paul Rodriguez, também não teve tempo de criar vínculos com colegas e professores; apesar de conhecer alguns dos meninos que estudavam na mesma escola pois os mesmos eram da vizinhança. Muitas das informações a respeito da vida escolar de Bernardo foram contadas à pesquisadora por sua avó. No ano anterior, Bernardo morou com seus avós em Curitiba e estudava em uma escola na periferia da cidade. Bernardo enfrentou um sério problema nessa escola.

A violência presente hoje em muitas escolas afetou a vida de Bernardo de maneira significativa. Ele fez amizade com um menino de quatorze anos e, por morarem próximos, iam e voltavam para a escola juntos. Esse amigo iniciou um relacionamento amoroso com uma garota de doze anos, que morava próximo, mas estudava em outra escola da vizinhança. Um suposto ex-namorado da menina, que tinha quinze anos, ficou sabendo desse envolvimento e ameaçou de morte o amigo de Bernardo. Um dia, ele cumpriu sua ameaça na saída da escola, no fim da tarde. Bernardo não estava junto com o amigo na ocasião, porque ele estava, naqueles dias, indo embora com sua mãe, por conta das ameaças. Bernardo disse que apenas ouviu os tiros. A partir da perda de seu amigo em frente à escola, para piorar a situação, os meninos envolvidos no assassinato começaram a ameaçar Bernardo também. A avó contou que ele chorava e tinha medo de ir para a escola, tendo falado várias vezes que “queria se matar”.

Diante de toda essa violência, a pedagoga da escola (segundo relatos de Bernardo e de sua avó), passou a depreciar Bernardo, dizendo que ele “não prestava” e que seria melhor a avó tirá-lo da escola. A avó seguiu a “recomendação” e o transferiu para uma escola rural no interior do Paraná, na cidade de origem da família. Lá, Bernardo morou com sua tia-avó em um sítio. Disse que, nesse período, “tudo foi melhor” e ele até aprendeu realmente a ler. A pedagoga dessa escola rural, segundo relatou a avó, era preocupada e atenciosa e os professores, afetuosos. Bernardo explicou que somente sete alunos compunham a classe da escola do sítio e que a vivência naquela escola o fazia feliz. No sítio, Bernardo relatou que aprendeu a cuidar dos animais, tirar leite das vacas e tinha uma “vida tranquila”. Ficou nessa cidade até a metade do corrente ano; porém, devido ao estado de saúde de um familiar que morava em Curitiba (que também sofria de câncer), a família resolveu voltar. Após a mudança, Bernardo estudou em outra escola em Curitiba, mas, segundo a avó, foi muito melhor acolhido do que na primeira escola que estudou nesta cidade, apesar do pouco tempo que a frequentou. Ele disse que essa escola também apresenta muitos problemas e violência; o fato de o horário do intervalo ser separado, entretanto, fazia com que ele não conhecesse os alunos mais velhos que “se metiam em confusão”.

Em vários momentos da coleta de dados, Bernardo revelou sua imensa vontade de voltar para o sítio. Justifica seu desejo porque “a escola de lá não tem confusão de drogas”, porque são poucos alunos e as pessoas “eram mais amigas”. Depois do evento da morte do amigo (e da reação da pedagoga da escola frente ao episódio), Bernardo ficou com muito medo de ir à escola. Depois que se mudou para o sítio, muitas coisas melhoraram, segundo ele.

Seu sonho era ser fazendeiro, pois afirmava que “queria mesmo era lidar com gado e andar a cavalo”. Contou que também já cogitou ser policial ou caminhoneiro, como seu tio. Disse que uma das maiores aventuras de sua vida foi uma viagem que fez de caminhão com o seu tio, tendo tido a oportunidade de conhecer São Paulo, Belo Horizonte e o Rio de Janeiro.

O codinome utilizado para identificar este participante (“Bernardo”) não é, de fato, o nome escolhido por ele. Esse nome foi escolhido pela pesquisadora, para “fins didáticos”, isto é, para evitar a excessiva exposição do garoto, tendo em vista a ligação íntima do nome “Bernardo” com o nome

original pelo qual havia optado o participante. O nome escolhido por ele foi “Bianca”. Quando solicitado que ele escolhesse um nome fictício, demorou alguns dias para pensar e dar uma resposta. Até que, para surpresa da pesquisadora, ele perguntou se deveria ser um nome de menino. A pesquisadora respondeu que ele poderia escolher qualquer nome. E, então, a sua escolha foi em homenagem a uma amiga que estudou com ele na escola rural.

A pesquisadora percebia em Bernardo um ar nostálgico. Ele não aceitava a sua atual condição de vida e muito menos sua situação de saúde. Revelou que ficou muito bravo quando descobriu a doença. Quando a coleta de dados iniciou, Bernardo estava em sua terceira sessão de quimioterapia.

Bernardo chegou a ficar uma semana em casa durante o período de coleta e, posteriormente, mais alguns dias. É comum isso acontecer, pois, conforme explicado anteriormente, no caso de qualquer alteração nos exames semanais o paciente volta a ser internado. No entanto, quando Bernardo voltava, após os períodos em que ficava em casa, a pesquisadora (e toda a equipe) percebiam o quão abatido ele retornava. As suspeitas passaram a ser de que não seria só porque ele estava “voltando para o hospital”. Talvez houvesse algo em sua casa que também fosse difícil de lidar.

Bernardo, ao longo dos dias, foi ficando cada vez mais triste e abatido. Porém, mesmo com seu abatimento aumentando, ele não se recusava a participar das atividades, salvo se estivesse passando muito mal por conta dos efeitos adversos da quimioterapia, como vômitos, enjoos e diarreia. Bernardo estava fraco porque, além de tudo isso, recusava-se a comer. Todas as crianças reclamavam da comida do hospital; mas Bernardo, em particular, só estava aceitando salgadinhos e refrigerante que a avó comprava e, ainda assim, em pouca quantidade.

Com o passar dos dias, Bernardo foi ficando cada vez pior. Perdeu peso e, aparentemente, a motivação para continuar lutando. Segundo a avó, o menino disse para a médica, em certo momento, que preferiria morrer. Porém, na interação com a pesquisadora ele não expressou algo do gênero em nenhum momento. A avó de Bernardo era muito falante e em muitos momentos interrompia as conversas. Apesar de ela ter dado muitas informações importantes, muitas vezes fazia interrupções desnecessárias e frequentemente

falava sobre outras pessoas que tinham câncer e faleceram (na frente dele) e, até mesmo, o quão difícil era ter na família uma criança doente. Tudo sem preservar Bernardo, que ouvia a tudo calado.

Os dois dias que antecederam ao Natal, Bernardo passou muito mal, principalmente na véspera, mas acabou ganhando alta no dia de Natal. Cinco dias depois foi novamente internado com uma forte diarreia e muita fraqueza. Na véspera de Ano Novo ele e Paul Rodriguez estavam juntos no mesmo quarto. O combinado foi fazer uma sessão de cinema para os dois. A equipe de enfermagem e os médicos aprovaram a ideia e compraram sorvete e refrigerante para os meninos. A pesquisadora levou o filme (*Detona Ralph*, um filme que conta a história de um personagem de videogame), pipoca e chocolates. À tarde Bernardo começou a se sentir mal. Naquela noite, foi transferido para a UTI e, dois dias após, faleceu.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A aplicação dos instrumentos acabou sofrendo algumas adaptações pela pesquisadora, tendo em vista o andamento dos trabalhos em respeito ao momento vivenciado pelos participantes. A contação de histórias, por exemplo, acabou não sendo um instrumento de *coleta* de dados em si; foi muito mais um meio de aproximação entre pesquisadora e participantes – apesar de ter sido uma boa pista quando dois deles tiveram como primeira escolha a história sobre o medo. Reconhece-se, ainda, o valor terapêutico das histórias e da ludicidade das mesmas, criando uma atmosfera mais propícia à imaginação. Isso foi essencial para a criação de um novo espaço simbólico pelos participantes dentro do espaço hospitalar.

As pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento foram utilizadas com todos os participantes. A respeito dos resultados mais significativos, que correspondem aos eixos de análise organizados para fundamentar a discussão, será discorrido na análise de resultados com suas respectivas transcrições, como se verá mais adiante. Os principais elementos analisados nesse instrumento foram as estratégias apresentadas para resolver os problemas em questão e as emoções advindas

como direcionadoras de tais estratégias, conforme colocadas por cada participante para as situações representadas através das historietas.

Os resultados podem ser visualizados no quadro a seguir, que relaciona os participantes e suas escolhas de ações frente às sete historietas, de acordo com as categorias em que suas respostas foram classificadas (atitude agressiva; conversas com pessoas; aceitação; tentativa de reparação):

Ações	Paolo Guerrero	Paul Rodriguez	Bernardo
Atitude agressiva	1	0	1
Conversas com pessoas	0	2	3
Aceitação	3	2	1
Tentativa de reparação	3	3	2

Quadro 3 - AÇÕES SUGERIDAS PELOS PARTICIPANTES COMO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ÀS ADVERSIDADES.

A “tentativa de reparação” foi a ação escolhida mais frequentemente pelos participantes e, em segundo lugar, a “aceitação”. Talvez isso se refira à própria vivência dos meninos com a hospitalização, como uma busca de reparação de algo que não está bem, como a doença. A aceitação vem ao encontro disso, pois aceitar sua condição é um processo importante que antecede a tentativa de reparação. Além disso, quando as pessoas se encontram em uma condição de enfermidade grave é importante, minimamente, que levem em conta a possibilidade de enfrentar a morte. Mesmo que isso seja, normalmente, ameaçador, a necessidade de aprender a aceitar coisas que são irreversíveis faz parte da lida com este tipo de adversidade. Destaca-se aqui, ainda, a estratégia mais selecionada por Bernardo, que foi a “conversas com pessoas”: Isso possivelmente aponta uma busca de fatores de apoio em momentos de dificuldade.

A respeito do instrumento desenho-estória, houve uma adaptação na aplicação do mesmo. Basicamente, a proposta da autora para a utilização desse instrumento é a realização de um desenho e de uma história sobre ele. Rabello (2013) enfatiza que a conversa posterior sempre é esclarecedora, possibilitando entender melhor as questões que são apontadas nas histórias e nos desenhos produzidos. No caso aqui relatado, não foi pedido exatamente

uma “história” para cada desenho, mas a análise foi feita a partir do próprio discurso espontâneo dos participantes.

O primeiro desenho denominado “desenhe você agora”, pode ser entendido como uma “autoapresentação da criança”. O segundo desenho marca o que é denominado como “um encaminhamento ao conflito”, onde foi pedido ao participante que desenhasse o que ele gostaria de estar fazendo naquele momento. O desenho então é mais solto e algumas representações relacionadas aos conflitos e dificuldades começam a aparecer. No terceiro desenho, considerado por Rabello (2013) o “desenho do conflito”, vêm à tona seus conflitos por meio de símbolos e representações contidas no desenho. No presente estudo foi solicitado que os participantes representassem graficamente “algo que estivesse acontecendo em suas vidas que eles não gostassem”. E, por fim, o quarto desenho foi solicitado que os meninos desenhassem a si mesmos “quando saíssem do hospital”, significando, assim, “as possibilidades de resolução de conflitos”: As soluções trazidas nos desenhos podem ser reais ou imaginárias. É possível que a criança, por meio dessas produções, dê algum prognóstico para a situação, mostrando possibilidades de ação frente aos conflitos.

Apresentam-se, a seguir, os desenhos dos participantes do presente estudo em ordem cronológica de produção, tendo em vista a discussão do instrumento:



Figura 5 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR NESSE MOMENTO”

No caso de Paolo Guerrero, a pesquisadora não achou necessário pedir o desenho sobre “onde ele gostaria de estar naquele momento”, pois o participante já se retratou no local onde gostaria de estar e verbalizou o que gostaria de estar fazendo em vez de estar no hospital (que no caso, era estar jogando futebol).



Figura 6 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM VOCÊ AGORA”

O segundo desenho de Paolo Guerrero, no qual ele representou a situação que estava vivenciando e a qual, ele não estava gostando (a manifestação do conflito), era “ficar no quarto do hospital”. No terceiro desenho do garoto, quando solicitado a se desenhar quando saísse do hospital, ele se retratou “na escola”.



Figura 7 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO A PARTIR DA CONSIGNA
“DESENHE VOCÊ QUANDO SAIR DO HOSPITAL”

Paul Rodriguez, por sua vez, não cumpriu todas as etapas inicialmente propostas pelo instrumento porque ele preferiu criar algo livre, ou copiar desenhos e colori-los com os novos materiais do *kit* que ganhou. A seguir são apresentados os desenhos em que Paul Rodriguez representa a si mesmo através da ideia de autorretrato e o que ele gostaria de estar fazendo quando saísse do hospital (“voltar a andar de *skate*”).



Figura 8 - DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ A PARTIR DA IDEIA DE
AUTORETRATO.



Figura 9 - DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE VOCÊ QUANDO SAIR DO HOSPITAL”

Os desenhos a seguir são exemplos dos desenhos que Paul Rodriguez copiava. Ele sempre demonstrou ter boa noção espacial e boa percepção para desenhos de observação.



Figura 10 - DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ 1.



Figura 11 - DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ 2

O participante a quem o instrumento foi mais “bem aplicado” (segundo os protocolos formais) foi Bernardo. A aplicação totalizou seis desenhos (dois a mais que o inicialmente previsto), pois ele representou o que gostaria de estar fazendo em um momento e, em outros dois desenhos adicionais, onde gostaria de estar. Os desenhos de Bernardo são mostrados a seguir, iniciando com sua apresentação:



Figura 12 - DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO-O NO ATUAL MOMENTO.



Figura 13 - DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO ELE MESMO DAQUI DEZ ANOS.

A figura a seguir representa Bernardo e sua avó no hospital, a “proposta do encaminhamento do conflito” – isto é, o que estava acontecendo com ele agora.

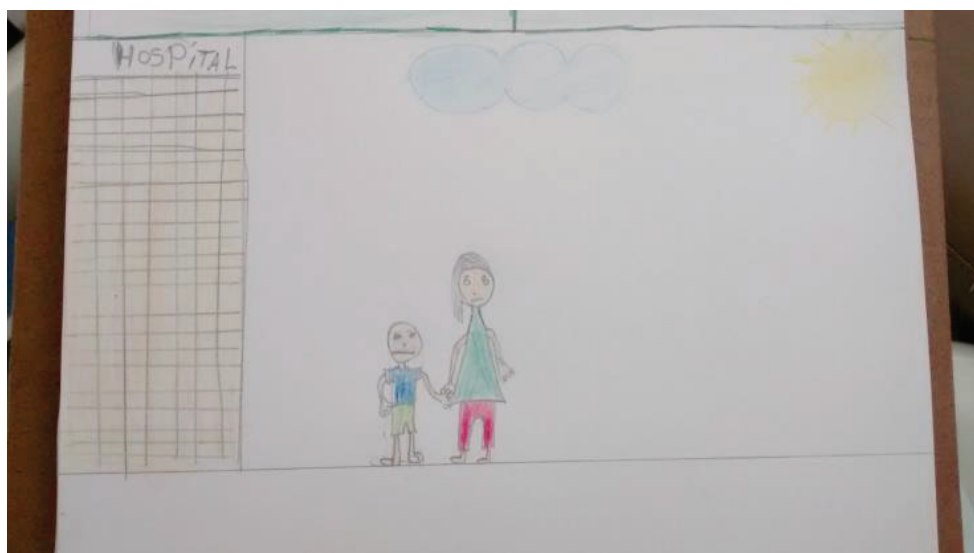


Figura 14 - DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM VOCÊ AGORA”

O desenho a seguir apresenta o primeiro local representando onde gostaria de estar: em casa, brincando com sua cadelinha de estimação.



Figura 15 - DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR NESSE MOMENTO”

O desenho a seguir mostra onde ele gostaria de estar naquele momento. O interessante é que a solicitação foi essa, mas ele se desenhou projetando-se na adolescência. Segundo seu relato, nesse desenho ele se representou por volta dos 16 anos. Pode-se notar que algumas de suas características no momento foram representadas no desenho, mesmo sendo uma projeção futura. Por exemplo, ele ainda está careca no desenho. Segundo Bernardo, o período de manutenção do tratamento continuava, mas ele já estaria curado.

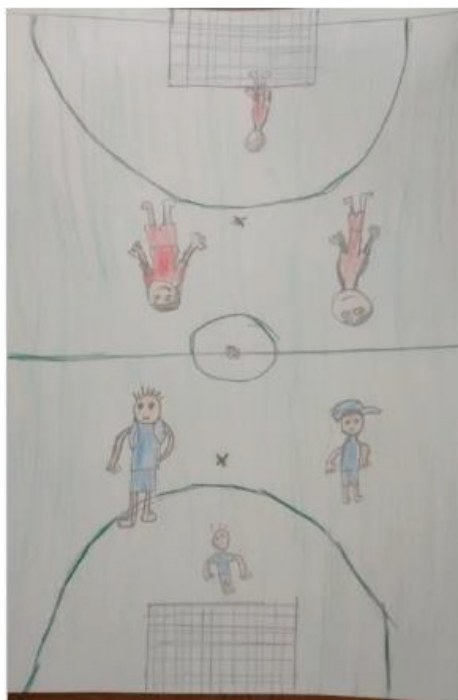


Figura 16 - DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR NESSE MOMENTO”

Por fim, Bernardo, como último desenho, representou o local que o agradava muito e que gostaria mais uma vez, de estar: ao lado do gado, no sítio.

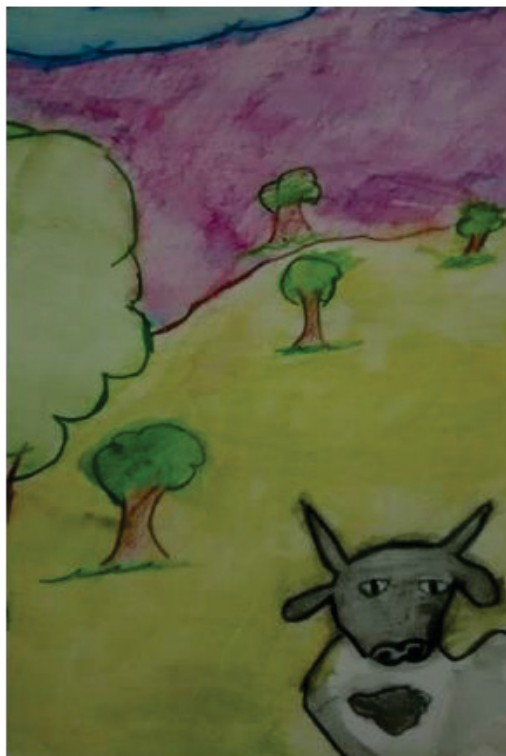


Figura 17 - DESENHO DE BERNARDO A PARTIR DA CONSIGNA “DESENHE ONDE VOCÊ GOSTARIA DE ESTAR NESSE MOMENTO”

O último instrumento aplicado foi o Fotovoz, o qual propõe que, por meio de câmeras fotográficas, as pessoas documentem suas realidades de vida e saúde. Apenas Paolo Guerrero e Bernardo quiseram participar desse instrumento. Dados importantes oriundos desse momento serão mencionados por ocasião da análise dos resultados.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme já informado, a coleta de dados aconteceu durante o mês de dezembro. Por vezes os meninos ganhavam alta por alguns dias e depois retornavam. A rotina dos pacientes oncológicos é, geralmente, passar quatro dias da semana no hospital e três em casa. Porém, houve intervalos maiores, como, por exemplo, Paul Rodriguez, que chegou a passar até seis dias em casa.

Os resultados dos instrumentos utilizados, como a Contação de histórias, as Pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento, os Desenhos-estórias e o Fotovoz serão investigados em conjunto com a análise de conteúdo dos discursos proferidos pelos participantes, coletados através da captação de áudio e das impressões da pesquisadora registradas em seu diário de campo, porque a realização das atividades propostas e as conversas aconteceram simultaneamente.

Desse modo, Silva e Fossá (2013) descrevem que a análise de conteúdo tem sido amplamente difundida e empregada, com o objetivo de análise dos dados qualitativos. A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que examina o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. No material averiguado, busca-se classificá-los em temas, eixos ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos proferidos.

Para a análise e discussão dos resultados coletados da presente pesquisa, foram construídos *três eixos norteadores*. Cada eixo corresponde a um fenômeno interacional que ocorre ao longo das etapas dos processos psicológicos que envolvem os participantes em seus contextos particulares de hospitalização. Há uma determinada organização que articula os elementos que emergem de cada etapa. Existe um ponto principal de análise em cada eixo e um movimento que acontece em torno dos mesmos, conectando-os uns aos outros. Incluso em cada eixo, há elementos fundamentais que concebem as chamadas *categorias*, ou núcleos de significação. O Quadro 5 apresenta as denominações de cada eixo, enquanto a Figura 17 apresenta o diagrama criado para representar a articulação entre os eixos norteadores e as

categorias de análise. Seguem-se, também, as explicações correspondentes de cada eixo, de maneira a buscar elucidar a dinâmica de análise dos fenômenos psicológicos em questão.

Eixos de análise	
<i>Eixo 1</i>	Instalação e manifestação da crise
<i>Eixo 2</i>	Apoio externo
<i>Eixo 3</i>	Elaboração psíquica

Quadro 4 - EIXOS NORTEADORES DE ANÁLISE.

O Eixo 1, denominado *Crise*, refere-se ao momento de instabilidade entrópica no nível físico e psicológico, ou seja, à própria instalação da doença no indivíduo, que representa a ameaça à sua integridade física e psicológica. Essa crise, conforme fundamentado anteriormente, corresponde a uma espécie de “denúncia” ou alerta quanto à falta de equilíbrio (homeostase) existencial, tanto no nível individual como no nível das interações, manifestando-se na forma de uma doença.

O Eixo 2, denominado *Apoio Externo*, tem em vista as intervenções externas dirigidas ao indivíduo em dois diferentes níveis: “Instrumental” e “Humano”. No primeiro nível (instrumental), podemos citar o tratamento medicamentoso e outras manipulações realizadas por médicos e enfermeiras visando o combate à doença e o restabelecimento da saúde. Os encontros que oportunizaram o fazer artístico e as atividades propostas aos participantes também se incluem nesta categoria, já que a Arte também pode ser considerada em nível instrumental (como meio, sobretudo simbólico, de elaboração e transformação de aspectos subjetivos). Estes são os principais pontos de apoio recebidos pelos participantes no período da coleta de dados da presente pesquisa. Já o segundo nível (humano), corresponde ao apoio recebido de pessoas próximas ao participante, como a pesquisadora, os familiares e a membros da equipe de saúde, enfatizando-se aqui a função de *mediação* de tais indivíduos e o papel de fator de proteção ou fator de risco que a interação com tais pessoas representava para as crianças/adolescentes em questão, dependendo do caso. O denominado nível humano está, aqui,

intimamente ligado ao conceito de alteridade, a relação do eu-outro, onde “o eu e o outro, que são facetas do mesmo em uma interação, simbolicamente se fundem por meio da confiança e da cumplicidade.” (LOOS; SANT’ANA; RODRÍGUEZ, 2010).

O Eixo 3 busca representar os processos de *Elaboração Psíquica* envolvidos nos fenômenos em análise, buscando-se identificar indícios de recursos internos (psicológicos) já existentes ou novos, oriundos do trabalho de reinterpretação de si mesmo e da realidade em questão. A ativação de mecanismos resilientes e a reorganização de recursos psíquicos relativos ao *self* ou à identidade são possíveis movimentos que ocorrem diante da oportunidade de desenvolvimento que ocorre em uma crise, simultaneamente ao contato com o apoio externo nos diferentes níveis mencionados. No enfrentamento de situações adversas, o suporte para os momentos de instabilidade de caráter entrópico (crise) auxilia o indivíduo a não sucumbir, estimulando-o a criar novos recursos internos capazes de reorganizar ou incrementar as estratégias já existentes, por meio da resiliência (a hipótese de tal dinâmica já foi levantada pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* para este fenômeno e já foi explicada anteriormente). Portanto, a “Resiliência” que, de acordo com este aporte teórico é um fenômeno psíquico que possibilita a (re)criação do indivíduo, é uma categoria de análise neste eixo.

Também já foi referido que a criação de novos recursos psíquicos internos, ampliam e estimulam o “banco de referências” localizado no *self*. Este, contém as crenças sobre si mesmo e sobre o mundo que o sujeito tem gravados em sua psique, os quais podem ser (re)delineados ao perceber a sua importância como indivíduo através de interações mais harmoniosas. Por isso, nesse eixo constarão elementos sobre as crenças de autor referência dos participantes e indicadores de redefinição de tais crenças. Tal categoria será denominada “Self/Identidade”.

A última categoria a fazer parte do Eixo 3 é a “Catarse”. Elementos indicadores de ocorrência de catarse que, de acordo com a leitura da *Afetividade Ampliada* é o processo de “purgação” de incômodos e de abertura às trocas propiciadas pela linguagem (verbal e artística), processo este que ajuda a restaurar o equilíbrio psíquico dando lugar ao “novo” (recursos recém-criados, por exemplo), serão expostos e analisados nesse eixo de análise.

Portanto, os eixos de análise criados para a investigação dos resultados do presente estudo não são aleatórios e nem foram elaborados exclusivamente a partir dos discursos dos participantes, mas concebidos a partir das premissas teóricas em consonância com o observado no estudo empírico. Representa, assim, um movimento interacional e dialético entre ambos os momentos da pesquisa, buscando exemplificar a dinâmica de interação entre fenômenos que se pretendeu aqui estudar. O diagrama a seguir ilustra o movimento entre os eixos e as categorias de análise:

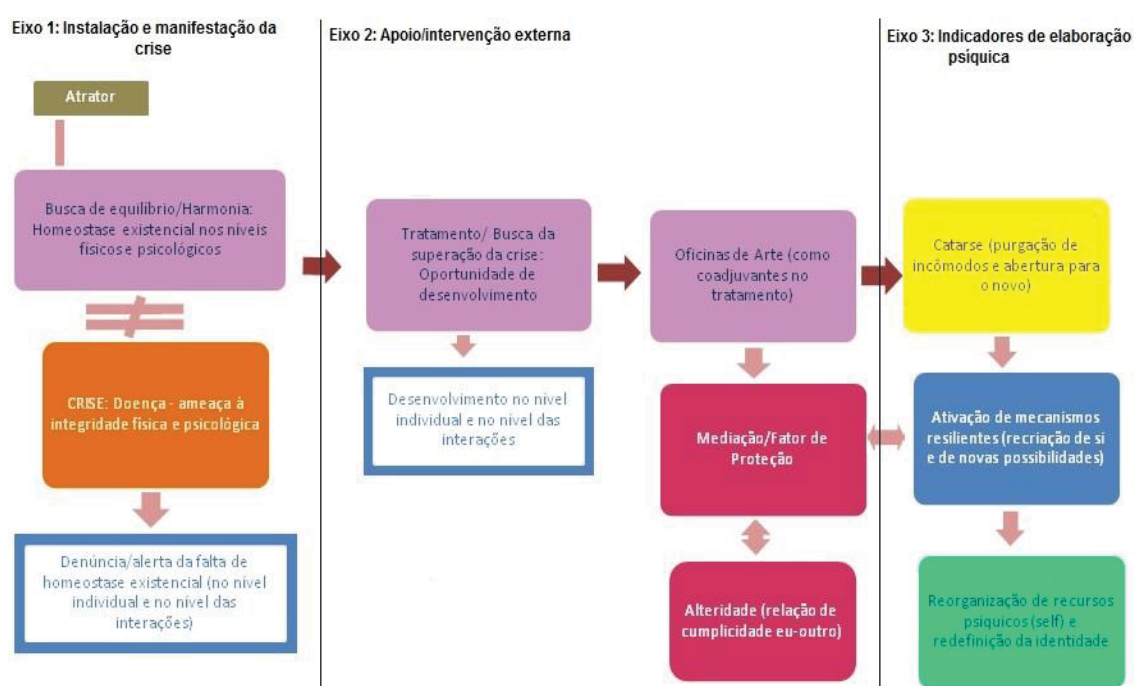


Figura 18 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS EIXOS DE ANÁLISE E SUAS CATEGORIAS

O presente estudo pretende reforçar a ideia de interconectividade e dinamicidade de fenômenos interacionais, ou seja, como um *afeta* o outro. Dessa forma, pode-se ler o diagrama acima iniciando-se pelo canto superior esquerdo, onde se pode visualizar o termo “Atrator”. Um atrator é, basicamente, um conjunto de comportamentos característicos para o qual evolui qualquer sistema dinâmico, independentemente do ponto de partida. É tudo o que ATRAI e que, portanto, orienta as ações dos seres envolvidos. Em relação aos seres vivos (entre eles, os humanos), o atrator fundamental inicial

e final é a *Homeostase*, pois todos buscam alcançar o melhor nível possível de estabilidade (equilíbrio, harmonia).

Parte-se da premissa de que há um certo grau de comprometimento da homeostase no momento em que se instala a crise, a qual é tratada, no presente estudo, como um tipo de “denúncia”, um alerta de que algo não vai bem. E quando “algo não vai bem, pode-se entender que existe certo nível de entropia não dominada, o que gera um alto desgaste energético que, por vezes, excede a capacidade do indivíduo de suportar tal situação sem que se originem sintomas danosos, gerando-se assim a doença. Já foi mencionado aqui que uma doença física sempre traz consigo vários aspectos emocionais – ou, como se pode dizer segundo o aporte do STAA, *afetivos* (derivados das interações com o mundo e consigo mesmo). Segundo Mello Filho (1992), energias psíquicas são capazes de intervir nos fenômenos orgânicos, corporais. Defende-se a ideia de que mente e corpo são um sistema único e dinâmico. Logo, o entendimento de crise em relação à doença no ponto de vista teórico do presente estudo não tem apenas origens orgânicas, mas também psíquicas e emocionais.

A partir da manifestação da crise como um “aviso” (instalação da entropia), o movimento natural (tendo em vista o atrator homeostático) é a busca da superação da crise e o retorno ao equilíbrio. Esse é um momento oportuno, pois a oportunidade de desenvolvimento tem origem nesse estágio. A intervenção externa, seja ela no nível humano, como a interação com uma pessoa que representa um fator de proteção; ou instrumental, como no caso das oficinas de arte, podem funcionar como mediadores da elaboração e transformação psíquica. Uma maneira importante de catalisar a transformação psíquica se dá por meio da catarse, pois esta abre espaço para o novo. O “novo” requerido em uma situação de adversidade é, justamente, a simulação de soluções capazes de amenizar/resolver o(s) problema(s) que criaram a desestabilização, o conflito – o que se faz pela ativação de mecanismos resilientes. As possibilidades de resolução exigirão “ser testadas” direta ou indiretamente por meio da linguagem (conversas com pessoas) ou do trabalho psíquico de organização de estratégias, além da disponibilização de energia emocional para a alimentação de tais processos.

Todo este processamento permite uma “reedição do eu”, uma vez que o indivíduo se percebe como um ser criador, autônomo e atuante – com novas possibilidades de resolver certos conflitos, apesar das limitações em que se encontra no momento. Com isso, espera-se que o *self* e a identidade sejam atualizados, gerando avanços reais no desenvolvimento humano.

Defende-se aqui a importância das interações harmônicas, o que, no caso do presente estudo, é possibilitado pela figura de um mediador que atua como fator de proteção em um momento adverso e de fragilidade, como a presença de uma enfermidade grave. Essa interação de qualidade é tida como essencial para o resgate da identidade e a busca de novas possibilidades de ser. Conforme Loos, Sant’Ana e Núñez-Rodríguez (2010), uma construção saudável da identidade passa por uma íntima relação de alteridade e resiliência. Isso porque o conceito de *eu* existe apenas porque existem *outros*, e assim, o ser humano se reconhece como único ao interagir e se comparar com outras pessoas diferentes do si mesmo. Nesse processo, com base nas interações, a identidade individual é construída e, progressivamente, atualizada.

4.1 Instalação e manifestação da crise nos participantes

O adoecimento e a hospitalização trazem para a criança e para o adolescente vivências muitas vezes ameaçadoras, pois ela é colocada diante da finitude da vida e do temor à morte, enquanto sua família frequentemente mostra muita insegurança e sofrimento com tal situação (MENÇA; SOUSA, 2013). A ameaça à integridade física e psicológica do paciente hospitalizado, que passa a apresentar limitações que antes não tinha, pode gerar traumas e muito sofrimento.

A ruptura com o meio onde a criança ou o adolescente estão habituados e privações de elementos com os quais costumava interagir são imposições que ocorrem na situação de hospitalização, trazendo à tona sentimentos como saudade e frustração. As condições que geraram e que se manifestam em uma enfermidade, bem como as interações ofertadas pela hospitalização, podem afetar a totalidade do psiquismo do indivíduo, e se os

mesmos não forem elaborados adequadamente, seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual podem vir a ficar comprometidos.

Parte-se do pressuposto de que a doença física também tem origem em aspectos emocionais internos, já que não se considera nesse estudo, mente e corpo elementos separados, mas, sim, unidos e em constante interação. Dentro dessa perspectiva, podemos concluir que um grande número de doenças, que são manifestações físicas da crise, expressa a forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo (MELLO FILHO, 1992; LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS; SANT'ANA, 2014). O processo histórico e interrelacional¹⁵ de uma pessoa afeta a sua forma de ver a realidade, bem como seus recursos internos (as crenças que a referenciam e seus recursos resilientes) também afetam seu modo para lidar com a mesma realidade.

A respeito da *Instalação e Manifestação da Crise* como um dos eixos norteadores de análise e discussão do presente estudo, será priorizado o material que os participantes expuseram (situações, histórias e respostas aos primeiros instrumentos aplicados) à pesquisadora no período de apresentação e aproximação, ou seja, nos primeiros encontros. O estágio inicial da coleta de dados contemplou a exploração desse eixo, tendo a aproximação da pesquisadora indicado, já a partir do *rapport*, que passou a ser percebida como possível figura de fator de proteção aos participantes.

Para estabelecer um *rapport* de maneira a iniciar a exploração da ludicidade, e de fomentar a familiarização com o contexto de coleta de dados, a modalidade *contação de histórias* serviu como um elemento de aproximação entre os participantes e a pesquisadora, conforme relatado anteriormente. Nos primeiros contatos, a pesquisadora levou aos leitos diversas opções de histórias – algumas delas com ligação direta com a hospitalização e o medo; outras, eram contos fantásticos. Os participantes foram convidados a escolher a história que gostariam de ouvir. Nenhum deles recusou-se a ouvir uma história.

O instrumento contação de histórias foi fundamental no início da interação entre os envolvidos na pesquisa. Caldin (2002), fundamentada em Pondé (1985), reporta que a leitura de histórias para crianças hospitalizadas

¹⁵ Processo no qual ocorre uma relação recíproca entre elementos.

ajuda a liberar a angústia vivenciada pelas mesmas, processando-se, assim, a catarse, revelando-se medos e desejos que uma vez expressados, são mais bem dominados e apaziguados.

Ao ser solicitado que escolhesse uma história pela primeira vez, Paolo Guerrero e Paul Rodriguez tiveram como primeira escolha a história “O monstro do medo”. Tal fato ilustra o que Caldin (2002) argumenta que um dos objetivos da contação de histórias para crianças hospitalizadas é favorecer a identificação dos pacientes com os personagens, oportunizando, assim, o processo de purgação de certos medos e desejos. Possivelmente, ao ouvirem o título de tal história, os meninos se identificaram com o sentimento do medo imediatamente.

4.1.1 Instalação e manifestação da crise em Paolo Guerrero

Na primeira vez que Paolo Guerrero teve contato com a pesquisadora, ao ser perguntado “como estavam as coisas”, ele respondeu: “estão mal”. Antes de iniciar a leitura da história escolhida, a pesquisadora buscou aprofundar mais a sua resposta sobre “as coisas estarem mal”, o que resultou em uma conversa sobre a qual se pode observar um trecho transcrito abaixo:

Pesquisadora: *Por que no começo da nossa conversa você disse que as coisas estavam mal?*

Paolo Guerrero: *Preguiça...* (com um ar de tédio)

Pesquisadora: *Você fica sem fazer nada? Como é? Me conta, porque nunca fiquei internada...*

Paolo Guerrero: *NÃO?! (com espanto). Eu já fiquei quatro veiz internado!*

Pesquisadora: *Mas em outros hospitais ou só nesse?*

Paolo Guerrero: *Não, só nesse. Desde que quando eu nasci. Descobriram minha doença no teste do pezinho... Daí um dia fiquei de seis meis aqui, outra vez dois meis e agora só 15 dias.*

Pesquisadora: *Hmmm... E como é isso pra você?*

Paolo Guerrero: *Aqui nunca tem nada pra fazer! Perde as coisas...*

Durante a contação da história escolhida, Paolo Guerrero fez uma observação bastante condizente com o que ele próprio se queixava, dizendo

que o “monstro” só impedia o personagem Pedro de fazer as coisas boas. Por todo o tempo da pesquisa com este participante, ficou claro que o fato de não poder ir à escola (à qual ele demonstrou bastante apego), não estar com os amigos e não poder jogar futebol devido a situação de hospitalização faziam Paolo Guerrero ficar chateado e entediado. Apesar de Paolo Guerrero não ter demonstrado “medo do hospital” diretamente, o fato de afirmar que o hospital era “chato” porque o fazia perder as coisas pode ter relação com o medo de ficar doente e perder as coisas que o fazem se sentir feliz, vivo e atuante no mundo. Sua fala também transparece que o hospital é um ambiente já comum para ele, pois explicou que fica internado “desde que nasceu”. Portanto, conviver com o medo de ficar doente, ir para o hospital e “perder as coisas”, possivelmente seja um elemento psicológico ameaçador presente na vida de Paolo Guerrero, já que sua doença é crônica. Desse modo, há certos “períodos de pico” nos quais sua saúde desestabiliza e necessita de maior cuidado e internamento hospitalar, como a transcrição a seguir demonstra:

Pesquisadora: *E o que deu em você pra estar no hospital agora?*

Paolo Guerrero: *É a minha doença! É tudo essas coisa que tem por dentro, pulmão, bactéria... É tudo o que tem por dentro. É tudo isso. E dá umas atacada tipo de tosse.*

Pesquisadora: *Ahh... E quando dá essas “atacadas” você tem que vir para o hospital?*

Paolo Guerrero: *É.*

Pesquisadora: *E você acha ruim ficar aqui no hospital?*

Paolo Guerrero: *Depende. Quando tem coisa legal não acho.*

Pesquisadora: *E você fica triste quando é internado no hospital?*

Paolo Guerrero: *Fico. Sem ir pra escola...*

Pesquisadora: *Mas depois passa? Ou você fica triste o tempo todo?*

Paolo Guerrero: *Quase o tempo todo.*

Pesquisadora: *E hoje você está triste?*

Paolo Guerrero: *Hoje não, hoje eu tô de boa. Eu gosto quando tem coisa pra eu fazer.*

A ameaça à sua integridade social e psicológica (o isolamento, a chateação pelo confinamento e o sentimento de tédio que são trazidos pela

situação de hospitalização) são elementos que ocasionam sofrimento ao paciente, conforme já explicitado no presente estudo por Matos e Muggiatti (2006):

A vivência prática tem demonstrado que a privação da escola e do convívio salutar com seus companheiros pode acarretar ilimitados prejuízos à criança (ou adolescente) hospitalizada, traduzidos em traumas e, muitas vezes, até em alteração de conduta, diante das limitações impostas pelo ambiente hospitalar. É óbvia, portanto, a existência de ressentimentos pela falta da família e de seu meio social, em especial da escola. (MATOS; MUGIATTI, 2006, p. 27).

Paolo Guerrero, além de separado do seu próprio mundo, estava em um leito de isolamento, parecendo reforçar ainda mais a ideia de “afastamento do mundo”. Ele não podia sair do quarto e isso parecia o angustiar muito. Ele sempre levantava da cama para andar pelo quarto e até mesmo para chutar bola. Em um momento em que ele se levantou e foi até a porta, disse à pesquisadora:

Paolo Guerrero: *Eu não posso ir ali.*

Pesquisadora: *É, eu sei que você não pode. Que chato, né?*

Paolo Guerrero: *É... É por causa dos outros! Eles têm câncer! E o meu é outro negócio. Eu tô no isolamento. É bactéria.*

O extrato de protocolo a seguir é de uma das sessões na qual se realizou uma etapa do instrumento “desenho-estória”, em que foi pedido para o menino desenhar o que estava acontecendo com ele no momento e que ele não gostava.

Pesquisadora: *Então, Paolo Guerrero... Eu gostaria que você desenhasse...*

Paolo Guerrero: *Eu!*

Pesquisadora: *Você! Mas agora, quero que desenhe o que está acontecendo de ruim com você agora.*

Paolo Guerrero: *Ih, é verdade, esqueci disso.*

Pesquisadora: *O que você acha que é?*

Paolo Guerrero: *O que eu não tô gostando?*

Pesquisadora: *É!*

Paolo Guerrero: *De ficar aqui!*

Pesquisadora: *Aqui dentro?*

Paolo Guerrero: *Do quarto!* (em tom mais alto, dando ênfase).

Pesquisadora: *Ok, então desenhe você aqui no quarto! Vamos apontar os lápis...*

Paolo Guerrero usou lápis de cor para colorir seu desenho. Observa-se, neste, a representação de dois elementos importantes que propiciavam a ele o contato com o mundo externo: a TV e as janelas, por meio das quais ele frequentemente estava olhando e observando o que estava acontecendo lá fora.



Figura 19 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO

No último dia da coleta de dados, uma senhora da equipe de limpeza foi ao quarto e todos os presentes começaram a conversar: ela, Paolo Guerrero, seu pai e a pesquisadora. Ela contou à pesquisadora que o garoto gostava de “se pendurar” na janela e Paolo Guerrero explicou:

É pra ver os outros! Pra ver você! (referindo-se à senhora da equipe de limpeza).

A pesquisadora participou de alguns momentos de observação do “mundo externo” com Paolo Guerrero. No segundo encontro, observaram

juntos vários locais que podiam ser vistos da janela do 14º andar do hospital, incluindo as piscinas de um clube próximo. Nesse dia, que fazia muito sol à tarde, Paolo Guerrero chegou a contar quantas pessoas estavam na piscina.

Observa-se que em seu desenho Paolo Guerrero não se representou de pijama de hospital (que é de cor verde claro), mas de boné azul, uma corrente no pescoço e vestindo um conjunto vermelho – possivelmente projetando-se com outra imagem/identidade, não a de um paciente em tratamento (desenha-se com trajes usados fora do hospital, porém estando dentro do quarto do hospital).

Infelizmente não se dispõe de mais dados a respeito do que gera tais “períodos de pico” nos quais a saúde de Paolo Guerrero desestabiliza, necessitando de antibióticos fortes e internamento hospitalar. Embora tenha-se em vista o caráter genético da doença, em seus dez anos de vida ele foi internado por quatro vezes, o que pode indicar que existe algo na vida do menino que, periodicamente, o deixa mais instável (em desequilíbrio) e, assim, suscetível à infecção.

4.1.2 Instalação e manifestação da crise em Paul Rodriguez

No caso de Paul Rodriguez, o medo já foi mais abordado diretamente por ele em seu discurso. Apenas olhando as capas dos livros, antes mesmo da pesquisadora mencionar os títulos, Paul Rodriguez fez sua escolha.

Pesquisadora: *Então, eu tenho um monte de livros...*

Você quer escolher um?

Paul Rodriguez: *Uhum.*

Pesquisadora: *Tem esses de contos, com quatro contos, olha... Tem esse da bruxa, esse do Andrézinho no hospital, e esse...*

Paul Rodriguez: *Quero esse do monstro do medo!*

Apesar de “O monstro do medo” ter sido a sua primeira e enfática escolha para a contação de histórias, ele, após ouvir atentamente, apenas disse que gostou da história, sem nenhum outro comentário a respeito. Nesse mesmo encontro, algumas foram feitas à Paul Rodriguez sobre o medo e

algumas reações psicológicas com componente depressivo merecem destaque em relação à crise vivenciada por Paul Rodriguez:

Pesquisadora: Me conte algumas coisas que você sente. *Você fica preocupado que coisas ruins que possam acontecer?*

Paul Rodriguez: *Sim* (com a cabeça)

Pesquisadora: *Quando?*

Paul Rodriguez: *Sempre.*

Pesquisadora: *Você se sente aflito?*

Paul Rodriguez: *Uhum.*

Pesquisadora: *Quando?*

Paul Rodriguez: *Quase sempre.*

Pesquisadora: *Quando você não sente?*

Paul Rodriguez: *Brincando.*

Pesquisadora: *Brincando... Você não sente?*

Paul Rodriguez: *Não.*

Pesquisadora: *Você tem vontade de chorar às vezes?*

Paul Rodriguez: ... [silêncio] [a mãe, que acompanhava a aplicação, fez que sim com a cabeça].

Pesquisadora: *Tem? A mãe tá dizendo que tem... Quando?*

Paul Rodriguez: *Às vezes...*

Pesquisadora: *Você tem vontade de fazer as coisas?*

Paul Rodriguez: *Antes tinha, agora não muito...vontade tem né, mas não consegue...*

Neste dia, Paul Rodriguez estava especialmente chateado e sem vontade de interagir e conversar. Ele foi o participante que ofereceu mais resistência nos primeiros encontros (talvez devido a sua timidez) em comparação aos outros. Aos poucos, a pesquisadora foi ganhando sua confiança, e sua tristeza e seu medo foram verbalizados à medida que ele foi se sentindo mais a vontade para falar e expressar suas questões nos encontros seguintes.

A descoberta do câncer abalou Paul Rodriguez profundamente. Desde há seis meses, quando sua doença foi diagnosticada, não foi mais à escola e não mais realizou muitas das atividades que lhe davam prazer.

Pesquisadora: *Desde quando você não vai à escola?*

Paul Rodriguez: *Desde Julho.*

Pesquisadora: *E quando descobriu que estava doente?*

Paul Rodriguez: *Em julho também.*

Pesquisadora: *E como foi quando você descobriu?*

Paul Rodriguez: *Ruim.*

Pesquisadora: *Ruim?*

Paul Rodriguez: *Uhum.*

Pesquisadora: *Chateado?*

Paul Rodriguez: *Uhum.*

Pesquisadora: *Você ficou mais bravo ou mais chateado?*

Paul Rodriguez: *Mais bravo... Ah, os dois!*

O isolamento da vida social, assim como para Paolo Guerrero, é um fator que traz grande sofrimento e saudade para Paul Rodriguez. O internamento provoca uma espécie de reclusão do indivíduo doente em comparação a sua vida anterior à doença. As relações sociais e as atividades tidas como hobbies são comprometidas. Pinheiro (2009) salienta que, no caso dos pacientes com câncer, o próprio tratamento e a fragilidade física ocasionada pelo mesmo faz com que a maioria dos pacientes deixem de exercer as atividades que antes realizavam. Outro aspecto a ser destacado, que causa muito sofrimento para os pacientes, é que o hospital, por si só, é um local ambíguo: é, ao mesmo tempo, um local de tratamento e cura, mas também um local de imposições de regras e restrições, onde o lado individual é deixado de lado muitas vezes para atender o âmbito coletivo. Um exemplo comum de reclamação dos pacientes é a respeito da alimentação local. Paul Rodriguez e Bernardo, especialmente, apresentaram dificuldades para se adaptar ao cardápio.

Pesquisadora: *O que é pior pra você ficar no hospital?*

Paul Rodriguez: *Tudo.*

Pesquisadora: *Tem algo que é pior pra você?*

Paul Rodriguez: *Saudade da minha casa e dos meus amigos...*

Mãe: *Ele também não gosta da comida daqui!*

Pesquisadora: *Ah, eu ia perguntar isso. Como é a comida pra você?*

Paul Rodriguez: *Muito ruim.*

O tratamento de Paul Rodriguez e de muitos pacientes pediátricos oncológicos têm uma duração média de dez anos, como manutenção. Ele comentou ter ouvido da médica que, depois da cura, ele sempre terá de ir ao hospital coletar sangue para “saber se está tudo bem”. O fato de sempre ter de retornar, por um longo período, causa expectativas de ansiedade e receio:

Paul Rodriguez: *Tomara que saia esse negócio e não volte. Tem uns que volta* [referindo-se ao câncer]

Pesquisadora: *É, tem casos. Mas tenha fé. Tem muitos casos que não volta!*

Paul Rodriguez: *Leucemia é difícil! É no sangue... No sangue todo!*

Pesquisadora: *É verdade.*

Paul Rodriguez: *É, e na cabeça, igual aquele piázinho. Coitado!* [referindo-se a outro paciente que estava hospitalizado em outro leito e que apresentava um tumor maligno na cabeça].

O câncer traz consigo um estigma social muito forte, pois evoca significações e representações como o sofrimento, a dor e a morte (PINHEIRO, 2009, p. 105). No hospital, especificamente, a convivência próxima com esses fatores causa grande apreensão. No extrato de protocolo transcrito acima, Paul Rodriguez faz referência a um paciente que estava hospitalizado no quarto em frente ao seu. Dois dias depois, esse paciente faleceu e a pesquisadora estava junto com Paul Rodriguez quando sua mãe lhe deu a notícia. Nitidamente, isso o abalou, sendo que ele apenas disse:

- *Coitado, coitadinho! Nossa...*

A ameaça à integridade física para pacientes com câncer é real e muito próxima, pois além de vivenciarem a dor, o sofrimento e as privações em si mesmos, presenciam os mesmos fenômenos em outras pessoas. Muitas vezes, presenciam a morte de um colega ou até mesmo um “amigo de hospital”, como costumam se referir a outras crianças que se aproximam porque se conheceram nos ambulatórios hospitalares ou na divisão de quartos.

4.1.3 Instalação e manifestação da crise em Bernardo

A crise de Bernardo foi representada de diversas formas, principalmente por meio de seus relatos e em alguns dos seus desenhos. O tratamento de Bernardo começou há dois meses; mas, apesar de ser relativamente recente, não foram a respeito de sua doença ou da hospitalização os primeiros assuntos que Bernardo abordou com mais detalhes com a pesquisadora. Logo no primeiro dia, ele contou que sempre era a sua avó que o acompanhava, que ele tinha dois irmãos e alguns outros que ele não conhecia.

Bernardo: Tenho uma irmã mais velha do que eu, aí depois é eu, depois meu irmão e uma outra irmã.

Pesquisadora: É essa que você não conhece?

Bernardo: Não. É... É que a minha mãe era usuária, daí ela tinha uns filhos e não sabia nem de quem. Daí parece que é dois que eu não conheço, daí tem o do meu pai que já largou dela e ele mora com outra mulher agora; daí ela tinha uma outra menina que não é do meu pai. Do meu pai só tem eu e meu irmão, que é mais novo que eu.

Pesquisadora: Quantos anos ele tem?

Bernardo: Dez. E do meu pai eu tenho uma irmãzinha também. E da minha mãe eu tenho uma irmã mais velha.

Pesquisadora: Essas irmãs você conhece?

Bernardo: Aham.

Pesquisadora: E os que você não conhece, estão com a sua mãe?

Bernardo: Não, o Conselho [referindo-se ao Conselho tutelar] tomou. Por causa da droga.

A história familiar de Bernardo representa uma sequência de abandonos sucessivos. Sua mãe, usuária de drogas, não teve condições de cuidar dos seus filhos e todos foram criados por outras famílias. No caso de Bernardo e seu irmão, estavam sendo criados pela avó paterna. Ao longo dos encontros, tanto Bernardo quanto sua avó, contaram a respeito do percurso de vida do menino. Ele já morou com uma tia-avó no interior do Paraná em um sítio, do qual ele recordava com nostalgia. Fazia três anos que ele não tinha notícias de sua mãe e, aparentemente, ela não sabia que ele estava doente.

Bernardo também passou por problemas com a violência escolar. Como já relatado na seção que conta a sua história, no ano anterior Bernardo perdeu um amigo, morto a tiros, em frente à escola por causa de uma menina à qual ele havia se afeiçoado. Após o crime, os menores que cometeram o assassinato passaram a ameaçar Bernardo, simplesmente porque ele era amigo da vítima. Bernardo passou a chorar frequentemente e a ter medo de ir para a escola, sendo que a avó o transferiu para uma escola rural no interior do Paraná. Lá ele morou com uma tia-avó por quase um ano.

Esses episódios de desamparo e medo antecederam a descoberta do câncer de Bernardo, três meses antes da coleta de dados do presente estudo ser iniciada. Talvez, sua doença tenha sido um dos resultados da somatização de emoções vivenciadas anteriormente e que, possivelmente, não foram expressas ou elaboradas por falta de recursos interacionais disponíveis, como fatores de apoio instrumental e humano. Para Mello Filho (1992, p. 234), “[...] as emoções constituem uma classe de fenômenos que, sentidos como internos, trazem, ao mesmo tempo, manifestações ou sinais externos (somáticos ou comportamentais)”, a exemplo da tristeza, da raiva, do medo e do amor. Ainda, para este autor, o adoecimento é uma forma de enfrentamento de alguma situação quando não há disponibilidade de uma forma mais elaborada – a possibilidade de falar sobre o problema, refletir, discutir; aceitando ou superando o conflito por meio de recursos resilientes. Por isso, a mediação de alguém ou algo que venha a representar um fator de apoio em uma interação de alteridade estabelece acesso a formas mais elaboradas de enfrentamento, auxiliando o indivíduo a construir recursos internos.

Nos encontros subsequentes, Bernardo e a pesquisadora conversaram mais sobre a situação atual que ele estava vivenciando, que era a hospitalização e o câncer. A sua avó, muito “falante”, sempre interferia nas conversas. Algumas vezes, com coisas pertinentes; outras vezes, não.

Assim como no caso de Paolo Guerrero, o tédio era algo que incomodava Bernardo. O ambiente hospitalar é bastante monótono para crianças e adolescentes, pois não há muitas oportunidades de exploração e interação. Além do ambiente físico estranho, a rotina hospitalar impõe a ruptura das atividades cotidianas e o afastamento social.

Pesquisadora: *E como está sendo ficar no hospital?*
 Bernardo: *Ah... Eu não gosto.*
 Pesquisadora: *Por quê?*
 Bernardo: *Não tem nada pra fazer...*

Para Bernardo, que já vivia a privação de não poder estar no lugar em que gostaria de estar (o sítio), a doença e o hospital só pioravam esse fato. Sua avó relatou que ele agiu com agressividade quando descobriu a doença. Contou que Bernardo ficou muito bravo com o médico que deu a notícia e irritado com a alta quantidade de remédios que começou a tomar.

A pesquisadora perguntou a Bernardo porque ele ficou bravo com o médico, mas a avó interferiu respondendo que foi porque ele não queria ficar internado. Disse ainda que no dia do primeiro internamento ele chorou muito e que, desde o início do tratamento, ele perdeu muito peso.

Pesquisadora: *Bernardo, você ficou bravo?*
 Bernardo: *Uhum.*
 Pesquisadora: *Que atividades você fazia?*
 Bernardo: *Jogava bola, andava de bicicleta, brincava com meu irmão de porradinha...*
 Pesquisadora: *Então por isso você ficou bravo? Você não queria ficar internado?*
 Bernardo: *É.*

No instrumento “Pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento”, em uma das histórias que relata uma cena de *bullying*, onde o personagem Luiz, um menino gordinho, sofre agressão verbal de outro garoto, a resposta de Bernardo foi:

Pesquisadora: *O que você faria no lugar do Luiz?*
 Bernardo: *Ah... Eu ia ter vontade de espancar!*

A emoção identificada foi raiva a uma resposta contra a agressão. E a reação apontada por ele foi a de outra agressão, ainda mais forte. Possivelmente, Bernardo sentia-se agredido e ameaçado; e provavelmente internalizava a sua raiva. Mostrava uma postura passiva, mas sentimentos como raiva e injustiça são comuns em pacientes oncológicos, os quais têm, por vezes, dificuldade para externalizar. Talvez, a raiva que Bernardo sentia não

fosse elaborada de maneira adequada. Sua avó relatou, já nos últimos dias de coleta, que um dia Bernardo chorou na presença da médica dizendo que não aguentava mais e que queria morrer. Não se sabe ao certo se esse episódio estava ainda ligado à raiva e à revolta frente à situação ou refere-se à resignação.

O medo era um sentimento recorrente na vida de Bernardo, que o vivenciou também na vida escolar, conforme foi relatado à pesquisadora. Naquele momento, o medo era experienciado juntamente com a situação de doença. Como já mencionado, o estigma social que o câncer carrega assusta os pacientes, que convivem com o medo e o receio de que o pior possa vir a acontecer.

Pesquisadora: *E agora, você está mais acostumado com o hospital?*

Bernardo: *Aham.*

Pesquisadora: *No começo foi mais difícil?*

Bernardo: *É, porque eu tinha medo, nunca tinha ficado internado...*

Pesquisadora: *E o que é pior pra você de ficar no hospital?*

Bernardo: *A pior coisa?*

Pesquisadora: *É.*

Bernardo: *A pior coisa é ficar se tratando, se tratando e não aguentar.*

Pesquisadora: *Não aguentar o quê?*

Bernardo: *Não aguentar a química, e falecer...*

Pesquisadora: *Você tem medo de que isso aconteça?*

Bernardo: *Uhum.*

Uma psiquiatra suíça chamada Elisabeth Kübler-Ross escreveu um livro intitulado *Sobre a morte e o morrer*, publicado em 1969. Neste livro, a autora apresenta dados coletados em uma pesquisa que ela coordenou, sobre o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e a sua própria família. Diante dos resultados, a autora argumenta: “Aprendemos que a morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer que nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que a acompanha” (KLÜBER-ROSS, 1992, p. 276). Bernardo, neste momento, apresentou ter medo da morte. Aparentemente, não via – no

momento – motivos para comemorar ou celebrar sua vida, devido às condições em que se encontrava, possivelmente tomado pelos sentimentos que a autoria mencionou acima.

. A pesquisadora perguntou a Bernardo quando havia sido seu aniversário. Ele respondeu e informou que já estava hospitalizado nessa época, mas que foi autorizado a sair do hospital nessa ocasião. Contou que ficou contente por não ter passado o aniversário internado; mas que, por outro lado, não conseguiu ter uma festa porque estava doente, estava mal porque havia feito biópsia, estava com pontos na perna e sentindo muita dor. Enfim, afirmou que não estava feliz, por isso não fez nenhuma comemoração de aniversário.

Apesar da rotina entre o hospital e sua casa, Bernardo sempre se mostrava satisfeito diante da oportunidade de ir para casa. Porém, a cada retorno ao hospital, ele se mostrava muito abatido. Pode-se supor que seu abatimento não se devia somente ao puro fato de estar retornando para o hospital; mas, talvez, à repetida constatação do abandono. Ou seja, talvez se confirmasse, uma vez mais, o sentimento de desamparo; o que reverberava em sua doença, alimentando o círculo vicioso da entropia. Por outro lado, o hospital definitivamente também não era percebido como um local no qual Bernardo se sentia protegido e cuidado:

Pesquisadora: Vocês tem previsão de ir embora?

Bernardo: Pra casa? Acho que é sábado... Achei que ia ser hoje mas ela disse que tem remédio pra tomar...

Pesquisadora: Ah, mas eles querem garantir que você não vai passar mal em casa...

Bernardo: Passar mal é ficar aqui dentro!

Pesquisadora: Você tá ruim, Bernardo?

Bernardo: Um pouco.

Pesquisadora: Você quer se deitar...?

Bernardo: Não!

Pesquisadora: O que você tem?

Bernardo: Enjoo!

Em uma das etapas do instrumento “desenho-estória”, na qual a pesquisadora pediu ao participante que desenhasse o que estava acontecendo com ele no momento e que ele não gostava, Bernardo se desenhou de mãos

dadas com a sua avó na frente do hospital. Apesar de a pesquisadora ter presenciado a avó manifestar momentos ambíguos – pois ela era a cuidadora responsável por ele, mas, em muitos momentos, não teve o cuidado de preservar Bernardo de seus agudos comentários –, Bernardo a via como um fator de apoio, pois desenhou a si mesmo de mãos dadas com a pessoa que, apesar de tudo, estava ao seu lado em todos os momentos no hospital. Toda semana essa cena se repetia em sua vida, há dois meses. Para Bernardo, essa era a sua triste e tediosa rotina.

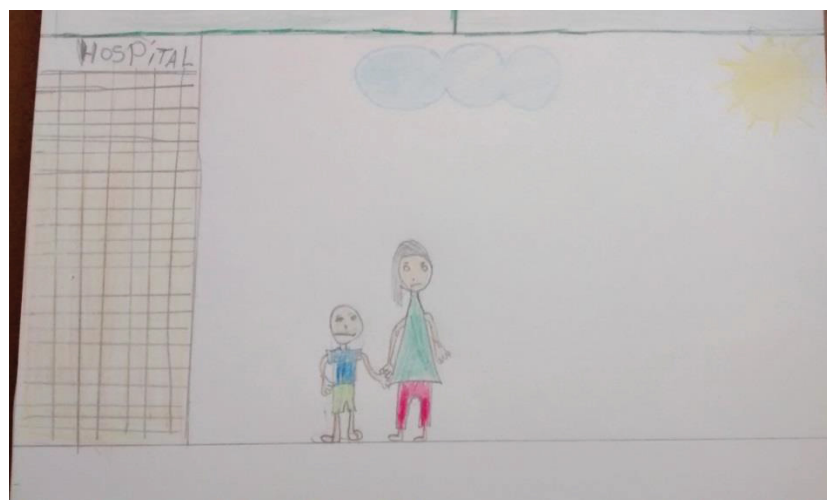


Figura 20 - DESENHO DE BERNARDO 1

O que mais chamou a atenção da pesquisadora ao se deparar com essa imagem foi a expressão emocional que ele representou em si mesmo.



Figura 191- DETALHE DO DESENHO DE BERNARDO

No dia da realização desse desenho, Bernardo não estava se sentindo bem e resolveu terminá-lo no dia seguinte. Bernardo desenhava uma estrutura a qual ele identificou como a fachada e a entrada do hospital. Também começou a desenhar uma cabeça. Ele disse que era a cabeça dele e que ele estava de pé; e que no dia seguinte ia terminar o desenho do hospital. Assim, deixamos para terminar no dia seguinte. Tendo em vista que a alta dele estava prevista para o dia seguinte pela manhã, a pesquisadora combinou com Bernardo que estaria no hospital antes dele ir embora.

O desenho foi, de fato, terminado no dia seguinte, pela manhã. Bernardo o coloriu com lápis de cor e não falou muito a respeito, apenas que aquela era uma cena comum: ele e a avó chegando ao hospital.

4.2 Apoio/intervenção externos

O conceito de *apoio externo* tem, aqui, origem no modelo do que se entende por alteridade e de seu papel na construção da resiliência e da identidade, segundo os fundamentos do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA). A vida e suas circunstâncias desafiadoras, que apresentam constantes provações, exigem do indivíduo que este consiga superá-las sem

ultrapassar seus próprios limites e se romper. Essa capacidade, chamada resiliência, obrigatoriamente requer a presença de outros, ou seja, a existência no indivíduo de pelo menos uma representação de relação baseada na alteridade – que é a capacidade de “ser o outro”, “pensar o outro”, conhecê-lo de maneira integral. Tal representação funciona como referência, como modelo de interação de qualidade, possibilitando a construção de recursos internos, ou “suportes de resiliência – a fim de que, diante de situações de dificuldade, não seja corrompido o ser-próprio da existência.” (LOOS; SANT’ANA; NÚÑEZ-RODRÍGUEZ, 2010).

Na mesma linha de raciocínio, Mello Filho (1992) afirma que quando a interação com o outro não habilita o indivíduo para a elaboração de uma situação adversa, de maneira reflexiva e objetiva (seja porque algo não é considerado legítimo enquanto objeto de análise ou porque falem recursos disponíveis para lidar com algo), a tendência será a o indivíduo lançar mão de outras formas de enfrentamento. Uma delas, a forma somática, tem como consequência o adoecimento. Para o mesmo autor, a emoção exerce uma função expressiva: de uma ou de outra maneira, ela sinalizará uma situação de ameaça para aquele indivíduo.

Assume-se no presente trabalho, então, que uma das “funções” da doença é manifestar de maneira concreta e somatizada emoções/sentimentos reprimidos e não elaborados, ou elaborados de modo inadequado. Explica o STAA que, por não ter conseguido participar de interações que possibilitassem (1) ou o não aparecimento do conflito (2) ou sua adequada resolução, o indivíduo passa a “guardar” em si tanto as representações de tais conflitos como o impacto afetivo-emocional causado por elas. Tais elementos são desencadeadores de entropia, pois essas representações e sentimentos não se “encaixam” em uma organização equilibrada (estável e com sentido homeostático); mas, sim, exigem energia “extra” para serem mantidos na psique alheios à recursividade lógica do todo. E isso desencadeia a crise.

Assim, no movimento pós-crise de busca de retorno à homeostase, do reequilíbrio físico e psicológico, também almeja-se o apoio do outro: da família e dos amigos; no caso de hospitalização, da intervenção da equipe médica e de enfermagem, como dos medicamentos; e, também, de atividades prazerosas e interações que propiciem compensações ao desgaste

experienciado com a entropia e a consequente crise. Portanto, relações de alteridade entre eu-outro são necessárias e muito salutares no momento de tentativa de superação da crise. Enfatiza-se que não são apenas relações com outros sujeitos humanos, pois o “outro”, que faz parte das nossas interações é qualquer outro: é tudo o que tem uma identidade no mundo, como esclarece o STAA. Por isso são denominados, aqui, dois diferentes níveis de mediadores como apoiadores externos: o nível *instrumental* e o nível *humano*, ambos possuindo importante papel na ajuda ao indivíduo em situação de hospitalização.

Porém, aparecem também, neste estudo, situações onde alguma das figuras mediadoras representada como fator de apoio e proteção algumas vezes comporta-se de forma inapropriada, agindo como elemento de “anti-alteridade”. Essa figura, nesses casos, passa a ser um fator de risco. Tais situações reforçam sentimentos de insegurança e desamparo em uma ou ambas as partes da interação e, considerando que o que está em questão já é um contexto de crise, acabam por afetarem-se mutuamente de maneira severa.

Como já mencionado anteriormente, nossas interações não são passivas; ao contrário, o mundo “imprime” informações no sujeito que as internalizará ou não, dependendo de sua atividade na própria construção identitária, o que envolve não apenas integrar o que recebe, mas analisar, traduzir e interpretar as informações recebidas usando seus recursos já construídos. A questão preocupante é: que recursos já foram construídos? Se os recursos internos são construídos por meio das interações vivenciadas por cada um de nós, quanto mais interações onde o indivíduo possa ser considerado em sua totalidade, valorizado como um sujeito especial no mundo, com toda sua potencialidade, mais recursos saudáveis e positivos serão criados e internalizados em seus bancos de recursos, o *self*. Estarão, então, disponíveis para serem usados pela identidade em novas interações. Por isso, a importância da mediação de pessoas que possibilitem interações de qualidade é essencial para a promoção do desenvolvimento de um indivíduo; em uma situação adversa séria, como o enfrentamento de uma doença grave, isso é ainda mais significativo.

4.2.1 Exemplos de apoio externo no caso de Paolo Guerrero

No caso de Paolo Guerrero ficaram evidentes duas figuras que lhe são importantes como fator de proteção: seu pai adotivo e a escola. Já no primeiro dia de coleta, Paolo Guerrero falou a respeito de seu pai:

Pesquisadora: *E você mora com quem?*

Paolo Guerrero: *Com a minha mãe adotiva. E meu pai que vai vim. Amanhã você vai vim aqui, né?*

Pesquisadora: *Amanhã sim.*

Paolo Guerrero: *É meu pai que vai tá aqui. Meu pai que me adotou. Ele gosta muito de mim.*

Os pais adotivos de Paolo Guerrero são tios da sua mãe biológica. Ele não soube dizer há quanto tempo está com os seus “novos pais”. Sua mãe biológica esteve presente e acompanhando no primeiro dia; em vários dos dias subsequentes quem acompanhou Paolo Guerrero foi o marido dela, seu padrasto; e, por fim, no último dia da coleta é que esteve presente seu pai adotivo (que não pode estar presente no dia em que Paolo Guerrero o esperava). A pesquisadora percebeu a afeição de Paolo Guerrero por seu pai adotivo, que parecia diferenciada daquela vivenciada com seus “outros pais” (o pai biológico e o padrasto). A interação entre eles era mais viva e recíproca em comparação aos demais acompanhantes.

Paolo Guerrero referia-se ao seu pai adotivo como “o pai veíinho que gosta muito de mim”. No dia em que a pesquisadora conheceu seu pai, dirigiu-lhe a palavra:

Pesquisadora: *Ele disse que gosta muito do senhor.*

Pai: *Ah é?! [olha e sorri para Paolo Guerrero].*

Pesquisadora: *E disse que o senhor gosta muito dele.*

Paolo Guerrero: *MIL VEZES!*

[o pai sorri].

No instrumento Pranchas com historietas para verificação de estratégias de enfrentamento existe uma história que relata uma situação onde o personagem sai na chuva, escorrega e acaba se machucando, além de perder suas moedas destinadas para comprar o pão para a família. Ao ser

questionado sobre o que ele faria no lugar do personagem naquela situação, Paolo Guerrero respondeu:

Paolo Guerrero: *Eu ia atrás!*

Pesquisadora: *Mesmo na chuva?*

Paolo Guerrero: *Aham, porque eram do meu pai.*

Pesquisadora: *E se fossem suas as moedas?*

Paolo Guerrero: *Se fossem minhas eu deixava.*

Pesquisadora: *Entendi. Se fossem suas você deixava e se fossem do seu pai você ia tentar resgatá-las.*

Paolo Guerrero: *É!*

Pesquisadora: *E se, por acaso, você não conseguisse achar as moedas do seu pai?*

Paolo Guerrero: *É... Aí ferrou!*

Pesquisadora: *O que você ia falar pro seu pai?*

Paolo Guerrero: *Eu ia falar que caí.*

Pesquisadora: *la falar a verdade?*

Paolo Guerrero: *É.*

Pesquisadora: *la mostrar o joelho?*

Paolo Guerrero: *Uhum. O joelho todo ferrado.*

Como se pode visualizar no extrato de protocolo acima, Paolo Guerrero evidenciou a preocupação com as coisas que pertenciam ao pai e o cuidado que deveria ter com elas. Afirmar que se as moedas fossem do seu pai ele as procuraria, mas se fossem dele as daria como perdidas, parece reforçar a ideia do carinho e do relacionamento afetuosos que tem com o pai. Nesse caso, não fica claro se ele agiria da mesma forma com “todos os seus pais”, parecendo a descrição adequar-se mais ao pai com quem mora (o pai adotivo) e de quem gosta muito.

O pai adotivo de Paolo Guerrero reforçou as qualidades do menino, relatando-as para a pesquisadora na frente dele. Contou que Paolo Guerrero nunca ganhou bilhetes da escola ou advertências, só elogios e bilhetes dando os parabéns. Que não tem “nenhum trabalho” com o garoto, que ele é “só orgulho”.

Além de, conforme os relatos, Paolo Guerrero apresentar um bom desempenho na escola, esta parece representar um bom local para estar considerando sua perspectiva. Em vários momentos da pesquisa isso ficou evidente. Enquanto ele desenhava em silêncio no terceiro dia de coleta, após uma longa pausa, ele perguntou à pesquisadora:

Paolo Guerrero: *Quando volta as aulas?*
 Pesquisadora: *Em fevereiro...*
 Paolo Guerrero: *Demora?*
 Pesquisadora: *Um pouco. Daqui a dois meses.*
 Paolo Guerrero: *Nossa! Demora!*
 Pesquisadora: *Você está com saudade da escola?*
 Paolo Guerrero: *Uhum!*
 Pesquisadora: *E do hospital, você sente saudade?*
 Paolo Guerrero: *NÃO! Nem um pouquinho!!!*
 Pesquisadora: *Nem um pouquinho? (risos). Mas da escola você sente?*
 Paolo Guerrero: *SIM!*
 Pesquisadora: *E do que você sente saudade na escola?*
 Paolo Guerrero: *Nem eu sei... Ah, porque lá tem coisa pra fazer.*

A preocupação com o retorno às aulas mostra a importância que a escola tem em sua vida. As opções de atividades que a escola oferece parecem agradar a Paolo Guerrero, ao contrário do contexto do hospital. O menino também se demonstrou ansioso para ir à escola no dia em que recebeu alta, pois era o penúltimo dia do ano letivo e ele não queria “perder os dois últimos dias”. Na última etapa de coleta, depois de ter colorido um desenho, Paolo Guerrero estava empolgado para fazer outro. A pesquisadora sugeriu que ele, então, se desenhasse quando saísse do hospital, ao que ele comentou:

Paolo Guerrero: *Amanhã?*
 Pesquisadora: *Pode ser! O que você vai fazer amanhã?*
 Paolo Guerrero: *Vou pra escola!*
 Pesquisadora: *As aulas não acabaram?*
 Paolo Guerrero: *Ainda não, só acaba quinta-feira.*
 Pesquisadora: *Então se desenhe na escola!*
 Paolo Guerrero: *Na sala?*
 Pesquisadora: *Você que escolhe!*

O desenho que Paolo Guerrero realizou representa uma sala de aula, com fileiras de carteiras e um quadro negro escrito “TEXTO”. Ele se desenhou em uma “aula de texto”, segundo sua explicação. Paolo Guerrero retratou a si

mesmo com a mesma roupa vermelha do desenho anterior e também usando um boné.

Possivelmente a escola tem um papel importante no desenvolvimento de Paolo Guerrero e em suas interações. Seu desenvolvimento físico aparenta-se um tanto quanto comprometido para um menino da sua idade, tanto em sua constituição corpórea quanto na sua forma de articular a linguagem oral, pois troca o R pelo L. Mesmo assim, a escola em que Paolo Guerrero estuda é reconhecida por ele como potencialmente capaz de oferecer apoio para seu desenvolvimento. Esse é um exemplo de apoio externo/fator de proteção em nível instrumental e também humano, pois a escola é constituída de pessoas. A vontade de ir à escola mesmo nos últimos dias, após passar quatorze dias internado em isolamento, provavelmente significa parte do resgate de sua identidade como um menino saudável, que vai à escola, estuda e joga futebol.

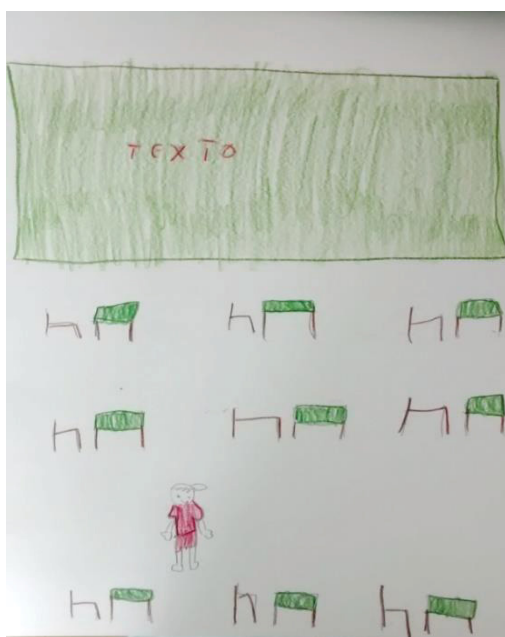


Figura 22 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO 1

A referência à escola também apareceu por meio de um outro desenho realizado por Paolo Guerrero. O desenho em si será discutido no próximo tópico, mas o extrato de protocolo a seguir, relativo à conversa que acompanhou o desenho, ilustra a real vontade acerca de onde Paolo Guerrero gostaria de estar naquele momento (que era na escola, jogando futebol):

Pesquisadora: *Você se desenhou em um campo de futebol... Porque você gostaria de estar lá agora?*

Paolo Guerrero: *UHUM! Na escola!*

Pesquisadora: *Na escola?*

Paolo Guerrero: *Que horas são agora?*

Pesquisadora: *Agora são 17:20.*

Paolo Guerrero: *Não dá... Porque sempre jogo futebol no recreio...* [fazendo referência ao fato de que, se estivesse na escola, nesse horário não poderia estar jogando futebol].

Outra figura que, possivelmente, Paolo Guerrero identificou como fator de proteção foi a própria pesquisadora. Desde o primeiro dia, Paolo Guerrero queria ter a certeza de que no outro dia ela retornaria e, por isso, ele sempre perguntava no final de cada encontro a hora em que ela voltaria no outro dia:

No primeiro dia, em meio à sessão:

Paolo Guerrero: *Amanhã você vai vim aqui, né?*

Pesquisadora: *Amanhã sim.*

No final do primeiro dia, na despedida:

Pesquisadora: *Então beleza! Amanhã eu volto, com certeza.*

Paolo Guerrero: *Amanhã que horas mais ou menos?*

Pesquisadora: *Mais ou menos nesse mesmo horário.*

Paolo Guerrero: *Umas 16h!*

Pesquisadora: *É, umas 15h30, 16h...*

Paolo Guerrero: *Amanhã, nesse mesmo horário!*

Pesquisadora: *Nesse mesmo horário!*

No segundo dia, no momento da despedida, ele mesmo tomou a iniciativa de “marcar a hora” de retorno da pesquisadora:

Paolo Guerrero: *Até amanhã, às 14h30!*

Pesquisadora: *15h, pode ser?*

Paolo Guerrero: *Pode...*

“Paolo Guerrero, pelo jeito, gosta de pontualidade” ...
[a pesquisadora pensa, sorri e sai do quarto].

As “cobranças” de horário se sucederam em todos os dias. Uma possível explicação para Paolo Guerrero estabelecer esse “ritual” com a pesquisadora é o fato dela ter se apresentado como professora. O fato dele já ter a escola como um apoio e um fator de proteção pode ter auxiliado na construção dessa referência, tendo em vista a ligação de uma professora com a escola.

As oficinas de arte como mediadoras em nível instrumental também auxiliaram a estreitar o vínculo da pesquisadora com Paolo Guerrero. Ele disse que iria guardar os desenhos realizados na presença da pesquisadora e que iria, a partir deles, lembrar-se dela. Gostou muito do kit com lápis de cor aquarelável que ganhou e se mostrou interessado na técnica da aquarela.

O presente de Natal “especial” recebido por parte da equipe de saúde do hospital pode ser considerado um exemplo de mediação externa obtido por Paolo Guerrero, uma vez que exerceu um efeito psicológico importante no menino. Na verdade, por estarmos no mês de dezembro, os pacientes estavam ganhando muitos presentes de voluntários; Paolo Guerrero, particularmente, ganhou um presente que ele talvez nunca mais esqueça. Não era segredo para nenhuma pessoa da equipe de saúde a paixão de Paolo Guerrero por futebol. Então, algumas pessoas se reuniram e fizeram uma surpresa para ele.

Pesquisadora: *Tem alguma coisa aqui no hospital que você gosta?*

Paolo Guerrero: *Uhum!*

Pesquisadora: *Tem? O quê?*

Paolo Guerrero: *Presente! (risos)*

Nesse dia Paolo Guerrero mostrou à pesquisadora que ganhou uma chuteira que foi comprada por meio de uma “vaquinha” das enfermeiras, da equipe de limpeza e da médica. No último dia de coleta de dados, ele disse que estava feliz por sair e que estava levando muitos presentes para casa, principalmente o “presentão de Natal”, que era a chuteira. Também ganhou uma bola de futebol de um grupo de voluntários, a qual ele chutava todos os dias contra a parede do quarto e fazia “embaixadinhas”. A pesquisadora perguntou se ele gostava de tirar fotografias. Ele disse que não gostava de

“sair na foto”, mas que gostava de tirar. Foi revelado a ele, então, que essa seria a próxima proposta de atividade.

A pesquisadora pediu a Paolo Guerrero tirar uma foto do que poderia ser considerado importante para ele no hospital, aplicando, assim, o instrumento “Fotovoz”. Emprestou sua câmera de celular a ele, que retratou a bola que havia ganhado do Papai Noel (nesse momento o garoto lidou normalmente com a questão do “papai Noel”, sem qualquer vestígio de constrangimento ou medo). Explicou que escolheu essa foto porque a bola o estava ajudando a “se divertir ali dentro”.



Figura 23 - FOTO TIRADA POR PAOLO GUERRERO

4.2.2 Exemplos de apoio externo no caso de Paul Rodriguez

Paul Rodriguez tem na figura de sua mãe um importante fator de proteção e apoio. No instrumento das historietas, no caso do personagem Luiz (o menino que sofreu *bullying*), Paul Rodriguez explicou:

Pesquisadora: *O que no lugar dele você ia fazer?*

Paul Rodriguez: *Hmm, eu ia contar pra minha mãe.*

Pesquisadora: *E depois?*

Paul Rodriguez: *Depende, se ele fosse mais menor do que eu.*

Pesquisadora: *Se ele fosse menor que você, o que você ia fazer?*

Paul Rodriguez: *la brigar com ele!*

Pesquisadora: *Você ia bater ou só discutir?*

Paul Rodriguez: *la discutir.*

Pesquisadora: *Mas você ia contar pra sua mãe do mesmo jeito?*

Paul Rodriguez: *Uhum.*

A mãe de Paul Rodriguez é a única acompanhante dele. Apenas uma vez a pesquisadora viu o pai o acompanhando (foi explicado que, nesse dia, ele estava em Curitiba). Paul Rodriguez mora com a mãe e uma tia. Ele interage bem com ela e a consulta sempre. Aparentemente, os dois têm uma boa relação.

Segundo relatado, os pais de Paul Rodriguez separaram-se recentemente. Ele, contudo, nunca abordou o assunto em mais detalhes com a pesquisadora; apenas disse que esse fato foi o fator determinante da mudança dele com a mãe do interior do Paraná para Curitiba.

No início, Paul Rodriguez foi o participante que apresentou mais resistência em relação à pesquisadora, mas, em poucos dias, ele deu espaço para os laços se estreitarem. O que os uniu foram especialmente as oficinas de arte; já nas conversas iniciais ele revelou à pesquisadora que uma de suas atividades preferidas é o desenho.

O instrumento de coleta de dados “desenho-estória” foi, assim, adaptado para Paul Rodriguez. A pesquisadora percebeu que fazia algum tempo que ele não desenhava. Além disso, ele demonstrou, durante as sessões, desejo de desenhar algumas coisas específicas. Mais de uma vez isso aconteceu, sendo que a pesquisadora, então, deu essa liberdade para Paul Rodriguez desenhar o que sentia vontade.

Resgatar algumas potencialidades que venham a se transformar em suporte para a redefinição da identidade e para o acréscimo de recursos psíquicos a serem disponibilizados ao *self* é um dos objetivos – senão o mais importante – da mediação/intervenção e da figura de apoio/proteção. Oficinas de arte, por exemplo, como mediação em nível instrumental, são importantes no hospital principalmente porque permitem ao paciente continuar sendo sujeito de suas vontades e desejos (autonomia que é naturalmente restringida pela doença e pela rotina hospitalar). É importante enfatizar aqui que o fato de um indivíduo se encontrar doente e hospitalizado não significa que ele esteja indisponível para estar em contato com a Arte em suas diferentes formas e

linguagens. Muito pelo contrário, defende-se no presente estudo que esse contato proporciona uma significativa forma de mobilização do indivíduo, a qual o auxilia na elaboração da crise.

Oliveira (2010) argumenta que atividades artísticas promovem o desenvolvimento da autoestima e da autonomia da criança, a capacidade de simbolizar e a capacidade de expressar ideias e sentimentos. O resgate da autonomia e de uma atividade prazerosa, para Paul Rodriguez, pareceu ser especialmente relevante para ele com o passar dos dias.

No primeiro dia em que as atividades artísticas se iniciaram, enquanto ele desenhava, a pesquisadora e Paul Rodriguez começaram a conversar sobre seus planos futuros. No meio da conversa ele se emocionou ao se deparar com a consciência de sua limitação física do momento e a situação de doença. O extrato de protocolo a seguir ilustra um trecho do diálogo:

Pesquisadora: Pode ser que agora você esteja limitado para fazer algumas coisas, mas ainda pode realizar muitas outras. Você pode desenhar, por exemplo. E aliás, você desenha muito bem, por sinal. Você consegue desenhar, ler, montar um quebra-cabeça... Se você não consegue fazer uma coisa agora, não quer dizer que nunca mais vai conseguir fazer. É só ter um pouco de paciência. Você não concorda?

Paul Rodriguez: Uhum. [Já mais calmo].

Pesquisadora: Você nunca pensou em ser desenhista também? Você poderia ser skatista e desenhista!

Paul Rodriguez: ... [silêncio].

Pesquisadora: Tem muitos skatistas que fazem graffiti, por exemplo. Desenham nos skates, personalizam modelos de skates... Você já viu?

Paul Rodriguez: Aham

Apesar das poucas palavras proferidas pelo próprio participante, Paul Rodriguez se reestabeleceu rapidamente a partir desta intervenção e continuou conversando sobre assuntos diversos com a pesquisadora. Ainda, enquanto desenhava, a pesquisadora percebeu que ele é bastante minucioso. Ao final, a mãe dele e ele começaram a fazer perguntas à pesquisadora, tais como: “Com quem você mora?” “Tem irmãos?” “Ainda estuda?”. Questionaram:

Paul Rodriguez: *Você estuda pra ser professora aqui do hospital?*

Pesquisadora: *Digamos que sim. (risos). Mas não desse hospital.*

Ao longo dos dias e dos sucessivos encontros, Paul Rodriguez começou a se animar mais e já esperava pela pesquisadora, mostrando-se mais disposto para as atividades. Inclusive, ele foi o participante que mais se mostrou interessado em aprender diferentes técnicas de desenho e pintura; tendo sido com ele realizada a exploração do aprendizado da técnica da aquarela e do lápis de cor, colagem com papel colorido, além do lápis 6B e do pastel oleoso. Os primeiros trabalhos realizados foram desenhos de observação, copiando desenhos prontos a partir de um aplicativo disponível em seu *tablet*.

Ele ficou muito interessado nas misturas de cores e no aprendizado da aquarela. A pesquisadora mostrou as misturas e as manchas da aquarela, onde aparecem diferentes nuances de cores. O aprendizado da aquarela é muito curioso. Muitas pessoas se sentem inseguras em molhar o papel e “estragar” o desenho, mas em nenhum momento isso foi percebido no processo experienciado por Paul Rodriguez.

Durante a produção de um de seus desenhos, uma residente de Psicanálise entrou no quarto e pediu para ver os desenhos de Paul Rodriguez. Elogiou o garoto, dizendo:

-Parece que descobrimos um artista aqui!

Em certo momento, ele resolveu fazer um autorretrato, copiando uma foto sua que estava gravada no *tablet*. Para colorir, decidiu utilizar a aquarela.

-Parece que tô mais gordão no desenho, né?!

Uma técnica de enfermagem entrou no quarto e também elogiou os desenhos produzidos:

-Nossa! Vou pegar os desenhos desse menino e daqui a pouco vai valer dinheiro!

Tanto a oportunidade de se defrontar com uma nova potencialidade descoberta (enquanto recurso útil para o *self*), quanto o apoio da equipe e as palavras de reforço e incentivo a continuar desenhando foram fundamentais para Paul Rodriguez, que começou a perceber em si mesmo o talento para o desenho. No primeiro dia em que passou a dividir o quarto com Bernardo, este estava desenhando e acabou falando para a pesquisadora:

-O Paul Rodriguez desenha bem, né? Ele é bem melhor que eu!

Paul sorriu e a pesquisadora disse que era apenas uma questão de treino e que, por ele gostar de desenhar, já havia treinado um pouco o desenho antes; naquele momento estava “retomando o hábito” mas que ele mesmo também desenhava bem e estava “no caminho”. Bernardo sorriu e a pesquisadora percebeu a admiração dele pelos desenhos de Paul Rodriguez.

O apreço e a dedicação nas “aulas de desenho” seguiram-se em toda a coleta de dados (como também nas sessões extras, que serão explicitadas mais adiante), salvo se Paul Rodriguez não estivesse se sentindo bem, como aconteceu uma vez. Em termos gerais, sempre estava disposto a desenhar e queria, ao término de cada trabalho, retomar as atividades artísticas propondo alguma coisa diferente. Era muito minucioso e detalhista e, por vezes, demorou mais de um encontro para finalizar suas produções.



Figura 24 - PAUL RODRIGUEZ PINTANDO COM AQUARELA

Para Ostrower (2013), os processos criativos são processos que englobam a totalidade de uma pessoa, proporcionando a oportunidade de ordenar-se, estruturar-se e comunicar-se. Para a autora, criar é integrar significados e transmiti-los.

Tomar-se-á como aporte a explicação do STAA para buscar detalhar como isso (“a oportunidade de ordenar-se, estruturar-se e comunicar-se”), provavelmente, estava ocorrendo no caso de Paul Rodriguez. A ativação de mecanismos resilientes para lidar de maneira diferente com a crise que vivenciava foi acionada a partir do momento em que Paul Rodriguez percebeu, em si mesmo, certa autonomia para criar e redefinir novas possibilidades identitárias – o que ocorreu com auxílio do resgate de uma habilidade artística através da mediação da pesquisadora. As oficinas de arte funcionaram como intervenção útil em nível instrumental – cuja habilidade que foi, gradativamente, sendo desenvolvida tornou-se um recurso psíquico capaz de ser acionado cada vez mais eficientemente; portanto, transformou-se em um fator de proteção. A própria pesquisadora, também, representava um fator de proteção, desta vez em nível humano, por propiciar oportunidade de interações com alteridade e despertando a confiança (mútua e em si mesmo) de Paul Rodriguez.



Figura 25 - AUTORRETRATO DE PAUL RODRIGUEZ

Em um momento em que a pesquisadora estava procurando algumas imagens de obras de arte na Internet para mostrar para Paul Rodriguez, o mesmo visualizou uma imagem no *Google images* e se interessou muito por ela. A imagem era de uma obra do artista brasileiro Vik Muniz (1961-), que reproduziu uma foto sua com brinquedos de plástico coloridos e a fotografou. A obra, produzida em 2003, é intitulada *Autorretrato (Estou muito triste em te dizer, depois de Bas Jan Ader)*.

Paul Rodriguez demonstrou interesse em fazer uma releitura da obra, incentivado pela pesquisadora. Com a ajuda da mesma, diversos pedaços de papel colorido de cores variadas foram cortados e picotados. Posteriormente foram minuciosamente colados sobre os traços já feitos de Paul Rodriguez que esboçavam o desenho.

A imagem original mostra um homem de expressão carregada de preocupação e tristeza, com a mão sob a cabeça e olhos apertados. O colorido da obra contrasta com a tal expressão. Seguem-se, ainda, imagens da produção de Paul Rodriguez a respeito:



Figura 26 - REPRODUÇÃO DE OBRA DE VIK MUNIZ INTITULADA AUTORRETRATO (ESTOU MUITO TRISTE EM TE DIZER, DEPOIS DE BAS JAN ADER). (2003)

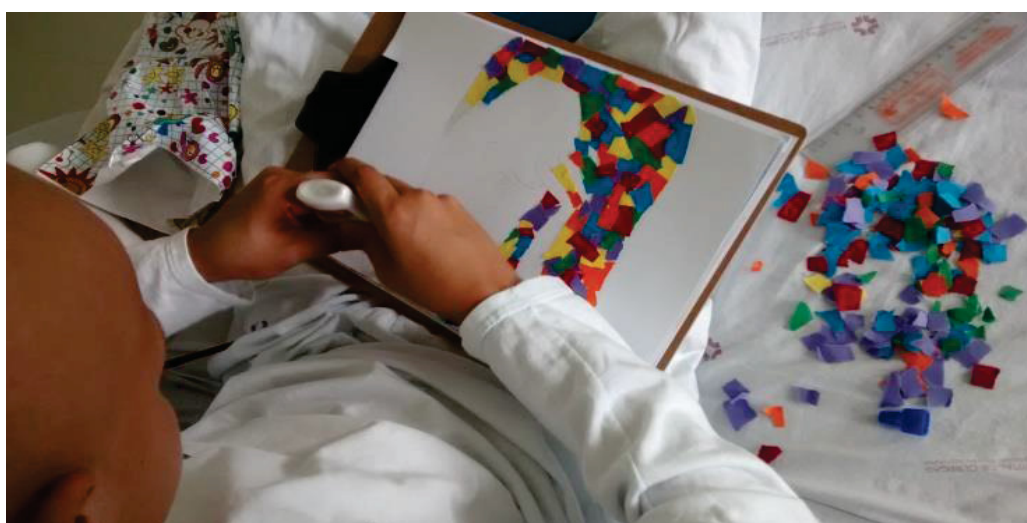


Figura 27 - PAUL RODRIGUEZ PRODUZINDO SUA RELEITURA

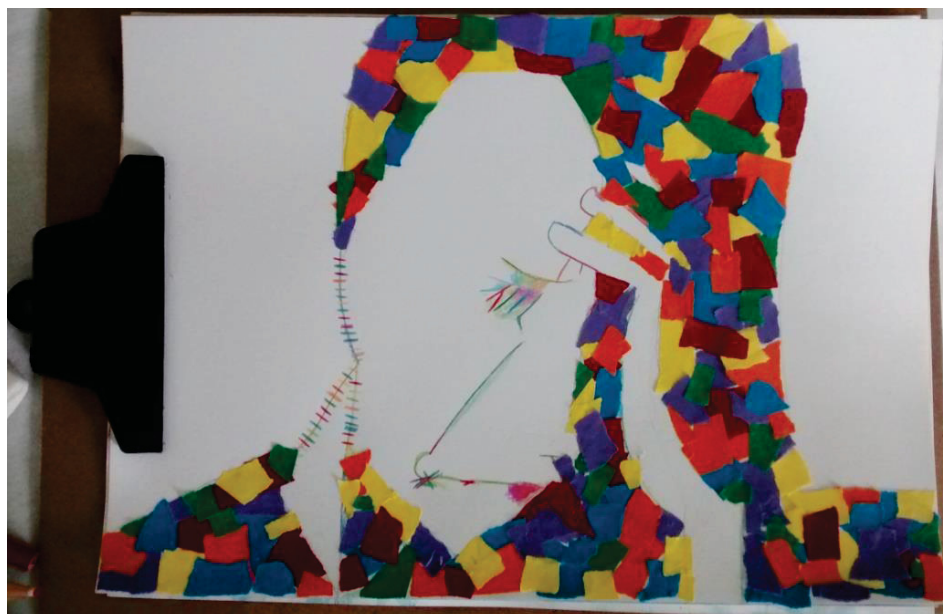


Figura 28 - RELEITURA DA OBRA DE VIK MUNIZ REALIZADA POR PAUL RODRIGUEZ COM PAPÉIS COLORIDOS

No mesmo dia da realização desta atividade, para surpresa da pesquisadora, Paul Rodriguez postou em uma rede social a foto de seu desenho, revelando que se sentia “muito feliz” pela execução do mesmo:



Figura 20 - CAPTURA DE TELA DA RELEITURA POSTADA EM REDE SOCIAL POR PAUL RODRIGUEZ

A expressão de felicidade exposta em uma rede social demonstrou tanto o orgulho por sua produção (a consciência de que estavam sendo desenvolvidos nele recursos renovados para lidar com a situação em que se encontrava), como o reconhecimento da pesquisadora como uma figura significativa de apoio e incentivo. Após alguns comentários virtuais dos amigos de Paul Rodriguez e da pesquisadora, ele postou a seguinte resposta:

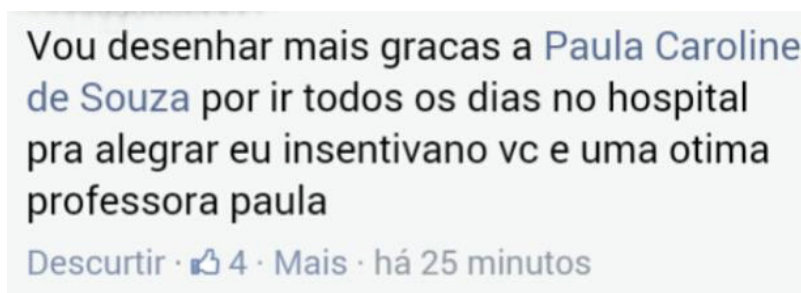


Figura 30 - CAPTURA DE TELA DE POSTAGEM FEITA EM REDE SOCIAL POR PAUL RODRIGUEZ A RESPEITO DA PESQUISADORA

Defende-se, aqui, que uma interação entre duas partes sempre será uma interação *afetiva*, onde um afeta o outro, imprimindo mutuamente suas emoções e impactando um ao outro. Situações e relações fundamentadas na alteridade enriquecem os atributos do *self*, pois, de acordo com o STAA, o movimento seguinte, a partir do apoio e da proteção percebidos pelo indivíduo, é a atualização do *self* – o que engloba, por um lado, a avaliação de recursos “antigos”, como também o processamento de novas possibilidades recursivas e a incorporação destas na organização do *self* que, por meio desta dinâmica, continuamente se renova. Mantém em si os recursos que se mostram ainda “úteis” e remodela ou descarta aqueles que não mais se mostram adaptativos. Tal conjunto de processos implica uma transformação psíquica através de atualização de referências “sélficas” (referências sobre si e sobre o mundo), redefinindo a identidade por disponibilizar a ela novos formatos de ação. Esses formatos renovados de ação, por sua vez, quando expressos por meio do comportamento manifesto, afetam ou impactam os parceiros de interação, que novamente reagirão a este novo comportamento. No caso de manifestarem apoio, reforçam o uso de tais recursos e retroalimentam o ciclo.

Ou seja, como destaca Cebulski (2014, p. 342), trata-se do investimento na construção da *autonomia*, desejo ou a vontade do organismo de organizar a experiência e o próprio comportamento para integrá-lo ao sentido do *self*, do sentimento de competência e da necessidade de *vínculo* ou *pertencimento*.

4.2.3 Exemplos de apoio externo no caso de Bernardo

A acompanhante de Bernardo era a sua avó paterna. Em certo momento da coleta, a avó falou sobre a importância do tratamento. Disse à pesquisadora que sempre levava Bernardo à igreja e que conversava com ele sobre os remédios que iriam curá-lo. Durante todo o relato da avó, Bernardo ficou calado escutando com atenção. Em outro encontro, enquanto Bernardo desenhava em silêncio, novamente a avó dirigiu-se à pesquisadora e conversou sobre o tratamento, as rotinas hospitalares e a evolução de Bernardo. Também falou a respeito de outras pessoas que “não aguentaram” a quimioterapia ou que não obtiveram sucesso contra o câncer, citando a sua irmã como um exemplo mal sucedido do tratamento. Novamente, Bernardo ouvia a tudo sem nenhuma interrupção.

No penúltimo dia de coleta, houve uma conversa entre a avó de Bernardo e a mãe do bebê que até então dividia o quarto com ele. A avó falou a respeito do quanto é cansativo “ter uma criança sem saúde”. Que “quando tem saúde, o mais complicado não era a roupa e nem os gastos; mas quando há a falta de saúde é o mais complicado. A mãe da criança que dividia o quarto com Bernardo concordou e este ouviu tudo sem falar uma palavra.

No último dia de coleta, alguns instantes antes de Bernardo ganhar alta, a pesquisadora fez um breve *feedback*:

Pesquisadora: *Você ficou mais animado com as atividades?*

Bernardo: *Fiquei.*

[A avó disse que era muito bom para ele que a pesquisadora o visitasse].

Pesquisadora: *A senhora achou que ele ficou mais animado?*

Avó: Ficou, melhor... vixe. É bom que você incentiva ele, ele não fica parado. A gente conversa, tudo. Mas outras pessoas é outra ideia, né?

Ao mesmo tempo em que a avó o apoiava e o queria bem, ela nem sempre tomou os devidos cuidados para preservá-lo de certas informações ou até mesmo de tocar em certos assuntos que, provavelmente, não precisavam ser mencionados naquele momento e daquela forma. Nesse sentido, observa-se que a avó fez o papel de fator de proteção em muitos momentos; mas também, em outros, o de fator de risco. As mensagens ambíguas da avó talvez causassem insegurança em Bernardo. Isso porque, apesar de tudo, era ela quem estava lá no hospital o acompanhando. Provavelmente ele a via como um apoio, como foi ilustrado anteriormente com o desenho onde se representou de mãos dadas com ela chegando ao hospital. Por outro lado, as intervenções da avó, geralmente bruscas e “sem papas na língua”, podiam transmitir a Bernardo a sensação de peso que era atribuída à sua condição.

Antes de ganhar alta, uma técnica de enfermagem veio retomar as últimas recomendações da médica: Ele não poderia jogar bola e nem andar de bicicleta, andar sempre de chapéu para se proteger do sol e camisa por causa do cateter¹⁶ no peito.

Sem ninguém mencionar algo a respeito, a avó começou a contar sobre a mãe de Bernardo para a pesquisadora e a técnica de enfermagem. Disse que fazia três anos que ela não via Bernardo. Contou que ela usava crack e, por conta do vício, houve episódios em que ela roubou nos seus empregos e acabou “arruinando sua vida”. Disse que ela tem 33 anos e que é uma mulher bonita, mas da última vez em que a viu, estava com a boca torta e muito mal por conta da dependência à droga. A guarda de Bernardo passou para a avó quando ele tinha quatro anos. Todos ouviam em silêncio até a

¹⁶ Os cateteres venosos centrais (CVC) também denominados dispositivos de acesso venoso central são usados para a administração de medicamentos, nutrientes ou líquidos diretamente na corrente sanguínea. Também podem ser usados para a coleta de sangue para realização de exames. A maioria dos medicamentos quimioterápicos é administrada diretamente na corrente sanguínea. Entretanto, a punção repetida de agulhas nas veias dos braços ou mãos pode provocar desgaste e cicatrizes nas mesmas, além de com o tempo dificultar a obtenção do acesso intravenoso e, às vezes, sendo necessárias várias tentativas até se conseguir o acesso. Fonte: Oncoguia (<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cateteres-venosos-centrais/246/593/>)

técnica de enfermagem interferir. Ela perguntou à avó onde a mãe de Bernardo morava:

-Ela mora lá no Bairro Alto, né. Se não morreu...

A história mostra uma severa problemática na relação entre a mãe de Bernardo e ele. E além de ter de continuamente se confrontar com o peso da situação com a mãe e de sua conturbada origem, a avó acrescenta a mágoa e a raiva que ela própria tem da mãe de Bernardo e da situação que se criou. Tudo isso conota muito desamparo tanto da mãe (viciada em drogas pesadas e vivenciando interações desequilibradas), quanto de Bernardo. A falta de sensibilidade da avó em certos momentos possivelmente gerava angústia em Bernardo, pois a sensação de peso não era atribuída somente à sua condição, mas também à própria existência, o que parecia ser um fardo. A avó era uma pessoa provavelmente bem-intencionada, mas ambígua, pois em alguns momentos era um fator de apoio e em outros era um fator de risco por expor o garoto demasiadamente aos infortúnios que aconteceram e que poderiam, eventualmente, acontecer.

Bernardo pôde contar com outras figuras de apoio que ele conheceu no hospital. Um dia, a pesquisadora e Bernardo conversavam sobre Paul Rodriguez. Os dois meninos tinham muitas coisas em comum, como a idade, o tipo de câncer, as mesmas limitações e alguns gostos semelhantes. Ao mesmo tempo, eram muito diferentes: Paul Rodriguez era um menino mais urbano, ligado em celular, redes sociais, skate, futebol, vídeos e filmes; um comportamento mais típico dos adolescentes modernos. Bernardo era um menino ligado ao campo: gostava de gado, cavalo e diversos animais. Interessava-se por caminhões e viagens. Apreciava uma vida mais pacata e tranquila. Também gostava de futebol e skate, mas não tinha um celular e nem um cadastro em qualquer rede social.

Bernardo contou como conheceu Paul Rodriguez. Disse que sempre o via no ambulatório, até que um dia ficou no mesmo quarto que ele e quando lhe trouxeram soro, trouxeram um para ele e para Paul Rodriguez. Isso se repetiu algumas vezes, até que também trouxeram a quimioterapia para os dois. Um dia ele ficou sozinho no quarto sentindo-se chateado e uma enfermeira lhe

perguntou o que poderia fazer para ele se sentir melhor: “O que faço? Quer que eu coloque você no quarto do Paul Rodrigues?”. Bernardo a imitou, rindo. Os meninos chegaram a combinar para trazerem o jogo Uno para brincarem juntos na próxima vez em que ficassem no mesmo quarto. Ao ser questionado se sempre jogam juntos quando ficam no mesmo quarto, Bernardo respondeu:

- Nem sempre dá pra nós jogar porque dá última vez Paul estava com a imunidade baixa.

A relação entre os meninos parecia ser de grande cumplicidade e alteridade. Um parecia saber exatamente qual era a dor e o sofrimento físico do outro. Em alguns momentos em que ficaram no mesmo quarto, a pesquisadora presenciou cenas de preocupação de um com o outro.

Da mesma forma que ocorreu com Paul Rodriguez, Bernardo também se envolveu muito nas atividades propostas e estas foram um importante canal para o estreitamento do vínculo entre Bernardo e a pesquisadora. Um trecho de um dos momentos da atividade, registrado no diário de coleta da pesquisadora, está transcrito abaixo:

Quando ele terminou o desenho, decidi colorir apenas com a tinta aquarela. A pesquisadora apresentou a paleta e ensinou a sua utilização; também o ajudou no processo de aquarelar o desenho. Ela mostrou a foto de uma composição produzida em aquarela para exemplificar as manchas características da técnica. Bernardo observou que as tonalidades das cores da tinta ficam mais claras à medida que a tinta secava. Enquanto ele pintava, houve um longo silêncio. Bernardo parecia pintar tranquilamente e a pesquisadora evitou fazer interferências.

O instrumento Fotovoz foi realizado no último dia de coleta de dados com Bernardo:

Pesquisadora: Gostaria de pedir pra você tirar uma foto... Vou ensinar você. Mas gostaria de saber o que é importante pra você aqui no hospital. Sei que tem um monte de coisas ruins, mas você deve registrar algo que você gosta ou que é importante.

Bernardo: O que é importante pra mim?!

Pesquisadora: É. Algo especial.

Bernardo: Os remédios?

Pesquisadora: Os remédios? É, pode ser. Tem algo a mais que é importante pra você?

Bernardo: Mais nada.

Pesquisadora: Do que você quer tirar foto, então? Dos remédios?

Bernardo: ...[silêncio].

Pesquisadora: O que é mais importante pra você?

Bernardo: É, os remédios.

A pesquisadora apresentou, então, o mecanismo da câmera (de celular). Bernardo escolheu fotografar os medicamentos que toma por via endovenosa. Enquanto isso a médica entrou no quarto e liberou a alta para Bernardo, de maneira que pudesse passar o final de semana em casa.

Pesquisadora: Então me diga uma coisa, por que os remédios são tão importantes para você?

Bernardo: Ah... Porque os remédios podem me curar da minha perna...

Pesquisadora: Você confia bastante nos remédios?

Bernardo: Uhum.

A relação de confiança e exaltação em relação aos medicamentos já foi apontada em outro estudo com pacientes oncológicos, como o de Pinheiro (2009, p. 111): “É no remédio que eles (os pacientes) depositam a maioria das suas esperanças em levar uma vida com mais qualidade.” O estudo de Rossari (2008) também faz referência a adolescentes com câncer que registraram, em fotografias, a importância dos soros, medicamentos e até bombas de infusão em seu tratamento.

Neste caso, o apoio externo é em nível instrumental. Talvez por isso a relação de confiança e esperança nos medicamentos é algo muito comum e significativo para os pacientes, que percebem nos medicamentos um forte fator de proteção. Na verdade, a própria Medicina comporta-se assim. Porém, quando a medicalização passa a ser o “porto seguro”, o aporte mais confiável atribuído por nossa sociedade nos tempos modernos, o nível humano de apoio externo já não é mais visto como algo tão importante. A espécie humana tem confiado muito mais na instrumentalização do que nas interações em nível

humano, tendo estas passado a “orbitar” as máquinas, os equipamentos e outros recursos instrumentais como, no presente caso, a medicalização. No caso de Bernardo isso parece ter se repetido, visto que seu principal fundamento em nível humano (a mãe e a avó; sua família, em geral) não exprimia a confiança e a proteção no grau que ele precisava. Assim, os remédios foram sua escolha na demonstração de algo importante em sua situação de doença.



Figura 31 - FOTOGRAFIA REGISTRADA POR BERNARDO

4.3 Elaboração psíquica: Catarse, resiliência e reorganização identitária

O eixo de análise denominado “Eixo 3”, comporta três categorias que servirão como aporte para a análise de possíveis indicadores de elaboração e transformação psíquica, por meio da *catarse*, da *resiliência* e do processo complementar *self/identidade*. A *catarse*, como já explicitado neste estudo, é um processo psicológico significativo que caracteriza a arte pois o mesmo eleva as emoções antagônicas à condição de sentimento social e humano, diante de uma perspectiva humanizadora e transformadora de emoções. A catarse não é apenas purgação de conflitos internos e dificuldades, mas um fenômeno privilegiado que “semeia” ideias e sentimentos, contribuindo para desenvolver o que há de melhor em nós, incluindo a afetividade, a inteligência

e a ética (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA; CEBULSKI, 2013). A catarse, possivelmente estimulada pela Arte, pode ser utilizada como um instrumento promotor de desenvolvimento humano, pois estende nossas possibilidades nos campos cognitivo, afetivo e interacional (sejam interações com as coisas, com o mundo ou com as pessoas), porque “[...] ajuda a fazer progredir no indivíduo o entendimento daquilo que o afeta ao ponto de incomodá-lo, de modo indesejado, malquisto.” (CEBULSKI, 2014, p. 67). Nesse sentido, a catarse ajuda a preservar a integridade psíquica do indivíduo.

A Arte, como um nível instrumental de apoio e intervenção externa, possibilita a realização da catarse e, ainda, a representação e a apresentação criativa de si no mundo e com o mundo através das suas diferentes linguagens. “Ao criar, procuramos atingir um nível de entendimento profundo das coisas.” (OSTROWER, 2013, p. 143). Logo, podemos concluir que, no contato com a Arte, a pessoa busca um conhecimento sobre si mesma e, através da catarse, elabora processos psíquicos e os transforma, não apenas apaziguando suas emoções, mas extravasando-as e dando lugar a outras, renovadas e – quando o processo é bem estruturado e executado –, mais bem elaboradas.

Voltando ao movimento dos eixos interacionais propostos para a presente análise, a catarse entra em jogo justamente na busca da superação da crise e da entropia (interna e externa): através das oficinas artísticas como coadjuvantes no tratamento, o indivíduo pode experimentar a catarse, vivenciando a oportunidade de que incômodos sejam depurados e que novas sensações e emoções possam tomar o lugar destes, orientados pela tentativa de retorno ao equilíbrio.

Outra categoria de análise do Eixo 3, referente à elaboração psíquica, é a ativação de mecanismos resilientes, os quais aludem a um movimento dinâmico e simultâneo à catarse e à alteridade. A ativação de tais mecanismos tem por fim último, conforme explicado anteriormente, possibilitar a recriação de si mesmo. Também já foi abordada a importância da interação eu-outro – lembrando que, no sentido desse estudo, o “outro” são dois: elementos do nível instrumental (as oficinas de arte e toda a intervenção de caráter médico) e do nível humano (principalmente a interação com a pesquisadora, mas também com outros que oferecem apoio). O apoio e a intervenção externa são fundamentais para que a elaboração e transformação psíquica se realizem,

permitindo a expansividade do ser; o que justifica a interconexão do Eixo 2 com o Eixo 3.

Já foi tratado no presente estudo que o conceito de resiliência, apresentado em pesquisas na área da Psicologia, traduz-se pela capacidade de enfrentar adversidades. Nota-se, porém, que alguns autores permitem supor que “algo acontece depois”; ou seja, o enfrentamento e a superação de adversidades não somente “resolve o problema”, pontualmente, mas marca no indivíduo uma possibilidade deste vir a “se tornar melhor”, mais desenvolvido em algum aspecto da vida. Por exemplo, lê-se em Garcia (2001):

A resiliência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Crianças resilientes são aquelas que, não apenas evitam os efeitos negativos associados aos fatores de risco, mas que desenvolvem competência social, acadêmica e vocacional. (GARCIA, 2001, p. 128).

Porém, o que não fica claro é *como* os indivíduos resilientes superam os fatores de risco e passam a apresentar comportamentos adequados, nem *como* desenvolvem as competências que lhe são atribuídas. Também, o que se extrai deste tipo de descrição é que algumas pessoas são resilientes (e competentes em certos aspectos) e outras não.

O Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) busca, justamente, dar forma a estes “como” que têm ficado em aberto nas descrições psicológicas atuais. Em outras palavras, apresenta uma descrição dinâmica que articula vários fenômenos psíquicos de maneira a explicar, em maiores detalhes, os caminhos de desenvolvimento percorridos pelas pessoas. Nesse processo, fenômenos universais são tomados como base de entendimento desta dinâmica (dentre eles, a resiliência), enquanto as diferenças e variações interindividuais no funcionamento destes devem-se às múltiplas combinações de origem interacional. Por isso, nesta perspectiva não há lugar para “pessoas sem resiliência”, mas para pessoas que têm mais ou menos oportunidades de desenvolvê-la.

A compreensão de resiliência proposta pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* situa este fenômeno na dinâmica da transformação

psíquica, enquanto Dimensão Criativa (conforme explicada em maiores detalhes na fundamentação teórica deste trabalho), intimamente interligada a outros processos e não podendo, portanto, ser vista isolada do restante do funcionamento psíquico.

Assim, essa instância é, no presente estudo, explorada com auxílio das catarses promovidas pela atividade artística. Uma vez que a catarse “libera espaço” para novas possibilidades e contribui para a reorganização da energia psíquica, a resiliência permite simular o funcionamento de tais possibilidades, por meio de recursos simbólicos (incluindo as variadas formas de linguagem). Quando a “simulação” apresenta indícios de eficácia de uma dada possibilidade (recurso ou estratégia de ação e sentimentos representativos dos mesmos), a mesma passa a ser testada na realidade. As variadas interações é que proporcionarão oportunidade (espaço) para o referido “teste” e, sendo estes “aprovados”, terão se tornado recursos recém-criados a serem armazenados e organizados na recursividade do *self*, encorpando e enriquecendo, assim, nosso “banco” de referências/recursos.

Para os autores do STAA, as novas ideias ou estratégias para percebermos e agirmos na realidade – ou, como estão sendo chamados aqui, “referências/recursos” –, são “filtrados” no *self* e este acaba passando por um processo de reorganização e atualização contínua. Nesse sentido, a elaboração (processamento) psíquica ocorre simultaneamente ao processo de transformação psíquica: Enquanto novos recursos são “depositados”, os “velhos” precisam se reorganizar, aliando-se aos novos ou sendo descartados. Acontece, então, uma reestruturação da base psíquica que orienta o indivíduo diante da vida. Após essa “reforma” em nível inconsciente, as novas ideias podem ser, então, “traduzidas” para o nível consciente/cognitivo, tornando o indivíduo apto a proceder à linguagem mais plenamente. Ou seja, se interagirmos com o mundo através de todos os recursos que conseguirmos tornar disponíveis, nossas interações serão mais ricas e “inteligentes”.

Assim, por meio deste conjunto de processos, a psique abre possibilidades de ampliação de si, assim como de resistência e adaptação da totalidade do organismo; ou seja, de criatividade e desenvolvimento do engenho intelectual perante as “vicissitudes” da realidade,

principalmente aquelas relacionadas ao caos ou à entropia. (LOOS-SANT'ANA; SANT'ANA-LOOS, 2014).

Conclui-se que o indivíduo que se encontra em crise (alto nível de entropia), para se equilibrar, precisa realizar algum tipo de diálogo (reatividade interacional) que o auxilie a adquirir mecanismos de busca de retorno ao equilíbrio, à homeostase existencial (o atrator que gerencia todos os elementos envolvidos em nossa vida). A partir disso, o indivíduo pode vir a ter a oportunidade de se tornar mais resiliente, mais recursivo e ter sua identidade redefinida, com o acréscimo de “novas possibilidades de ser”.

4.3.1 Elaboração psíquica em Paolo Guerrero

A forte referência e identificação de Paolo Guerrero com o futebol ficou evidente em cada encontro. Em nenhum momento ele levantou a possibilidade de atuar com qualquer outra profissão que não fosse “jogador de bola”. Tal identificação foi percebida logo no primeiro encontro, quando a pesquisadora sugeriu que ele escolhesse um codinome para ser identificado na pesquisa, como demonstra o extrato de protocolo a seguir:

Pesquisadora: *Eu não posso colocar seu nome no trabalho que vou escrever sobre você. Preciso que você escolha um nome. Pode ser qualquer nome, um nome de personagem, um nome inventado, um nome que você acha bonito... Só não pode ser seu nome verdadeiro.*

Paolo Guerrero: *Tá! Tem um jogador que eu gosto... Acho que o nome dele é Guerrero.*

Pesquisadora: *Guerrero?*

Paolo Guerrero: *É... Ele é do Corinthians, o time que eu torço.*

Pesquisadora: *Pode ser Guerrero?*

Paolo Guerrero: *É... Vai ser tipo uma história?*

Pesquisadora: *Sim. Vou falar sobre você, mas não posso colocar seu nome.*

Paolo Guerrero: *Lucas... Pedro... Paulo. Ah, não! O nome dele é Paolo Guerrero!*

Pesquisadora: *Você quer que eu coloque Paolo Guerrero?*

Paolo Guerrero: *Paolo Guerrero! Completo!*

A analogia ao nome “Guerrero” possivelmente não é um acaso: Talvez, Paolo Guerrero perceba-se como, além de um futuro jogador de futebol, um Guerrero que enfrenta as adversidades da vida, como seu histórico familiar e sua doença, sempre com um sorriso.

O estereótipo de um atleta famoso do futebol é comum: festas, carros, vaidade, riqueza e, como Paolo Guerrero mencionou, “ostentação”. Ele afirmou com veemência que gosta muito de se arrumar, com correntes, óculos e boné.

Quando solicitado que fizesse um desenho de si mesmo no atual momento, Paolo Guerrero não representou sua situação concreta, mas uma situação idealizada. Assim, mesmo com o direcionamento da pesquisadora, o primeiro desenho de Paolo Guerrero já atendeu à proposta “onde você gostaria de estar”. Ao ser anunciada a sugestão da pesquisadora de desenhar a si mesmo, a resposta foi:

Paolo Guerrero: Já sei! Vou desenhar eu jogando bola, o campo, o gol, a lateral, o escanteio...

Pesquisadora: E você vai desenhar você no hospital também?

Paolo Guerrero: Eu no hospital? Eu jogando no hospital!

Pesquisadora: Hmm...Você que sabe! O desenho é seu!

No dia em que o desenho seria realizado, a pesquisadora retomou a proposta:

Paolo Guerrero: Eu?

Pesquisadora: Sim, você.

Paolo Guerrero: Mas eu agora?

Pesquisadora: Você agora. Como você está agora?

Paolo Guerrero: Internado!

Pesquisadora: Pode desenhar você internado...

Paolo Guerrero: Posso desenhar eu jogando bola?

Paolo Guerrero resolveu desenhar a si mesmo jogando bola. Desenhou o campo de futebol e os jogadores. Deixou para se desenhar por último, posicionando-se na lateral do campo. Os outros jogadores foram desenhados

como “bonecos palito”; já ele mesmo foi desenhado de maneira mais encorpada, destacando-se em meio aos demais. Ao desenhar a bola no campo, contou à pesquisadora que ganhou uma bola dos “papais-noéis” que estavam indo ao hospital naquele período.

Quando terminou o desenho, a pesquisadora questionou o porquê dele ter se desenhado no “cantinho”; ele apenas disse que gostava do cantinho. Ficou em dúvida, em princípio, se pintaria com o lápis de cor comum ou aquarelável. Resolveu pintar com lápis de cor aquarelável, dizendo que era “para ver como ia ficar”.

Pesquisadora: Você se desenhou no campo de futebol porque você gostaria de estar lá agora?
Paolo Guerrero: UHUM! Na escola!



Figura 32 - DESENHO DE PAOLO GUERRERO 2

Enquanto pintava, Paolo Guerrero e a pesquisadora conversaram, principalmente sobre futebol: times, jogos e jogadores que ele apreciava. Em relação ao seu desenho, explicou que no time dele cada jogador ia ter uma chuteira de cor diferente e no outro time “ia ser tudo igual”, porque o time dele

era de “ostentação”. Coloriu sua roupa de vermelho e preto. Na sequência, ele disse que ia desenhar um diamante, porque “diamante é ostentação” (o diamante tem sido um símbolo comumente utilizado por cantores de *funk* para representar a riqueza adquirida por pessoas da periferia que se tornaram jogadores de futebol ou cantores).



Figura 33 - DESTAQUE DO DESENHO DE PAOLO GUERRERO

Quando estava colorindo o campo de verde, Paolo Guerrero começou a chamar a si mesmo no desenho de “Paolo Guerrero”. A pesquisadora perguntou:

Pesquisadora: Você gostaria de ser igual ao Paolo Guerrero?

Paolo Guerrero: Não!

Pesquisadora: E por que você está chamando você no desenho de Paolo Guerrero?

Paolo Guerrero: Porque ele é bom!

Pesquisadora: Você quer ser igual ele como jogador?

Paolo Guerrero: Mais ou menos. No futebol.

Pesquisadora: Por que ele é seu jogador preferido?

Paolo Guerrero: Porque ele faz mais gols.

Pesquisadora: Mas quando pedi pra você desenhar você agora, você desenhou ele.

Paolo Guerrero: *O Guerrero!*
 Pesquisadora: *O Guerrero...*

Nesse momento, Paolo Guerrero provavelmente estava realizando uma projeção de si mesmo na figura de alguém bem-sucedido, um bom atleta, e, principalmente, um “Guerrero”. A capacidade de encontrar formas de enfrentar adversidades sem resilir parece encaixar-se bem no caso de uma criança que enfrenta uma doença crônica e que mantém sua identificação com um “Guerrero” viva em seu mundo.

No último encontro com Paolo Guerrero, a pesquisadora perguntou quando ele voltaria ao hospital. Ele respondeu:

Paolo Guerrero: *Ah, só daqui uns 10 anos.*
 Pesquisadora: *Que beleza! Então daqui a 10 anos nem adianta eu vir aqui, você já vai estar com 20 anos... vai estar um moço!*
 Paolo Guerrero: *Hehehe* [riu com empolgação].
 Pesquisadora: *Né? Nem vai querer desenhar, daí...*
 Paolo Guerrero: *Adianta, até lá vou ficar bem bom pra desenhar!*

Paolo Guerrero projetou-se no futuro como um bom desenhista. Foi a primeira vez que ele fez uma projeção futura sem ligações diretas com o futebol. Talvez nesse momento ele tenha descoberto outra possibilidade futura.

A catarse, um dos fenômenos pertencentes ao eixo de análise sobre a elaboração psíquica, pode se dar de diversas formas. Caldin (2002), fundamentada no “pai da Psicanálise”, Sigmund Freud (1856-1939), salienta a função terapêutica e catártica do riso. Segundo a autora, Freud atribuiu ao humor a capacidade de transformar em objeto de prazer o que poderia ser objeto de dor. Se a catarse é considerada um processo privilegiado de descarga de emoções, fica claro que o riso catártico pode ser incluído nessa categoria. Com base em tal informação, pode-se dizer que Paolo Guerrero vivenciou um momento catártico no último encontro.

Paolo Guerrero, a pedido da zeladora, calçou as chuteiras que havia ganhado e, enquanto isso, começou a ter um “ataque de riso”, que contagiou a todos que se encontravam no quarto (pesquisadora, o pai adotivo do menino e

a própria zeladora). Enquanto ria sem parar, pegou a bola de futebol que ganhou dos voluntários e começou a chutar nas paredes e fazer “embaixadinhas”. Depois disso, exclamou:

Paolo Guerrero: *Cansei!!!*

Pesquisadora: *Cansou, né?!*

Paolo Guerrero: *Cansei de rir! (risos)*

O extravasamento e a renovação da energia são característicos da catarse. Françani *et al* (1998) lembra, em seu artigo, a respeito do programa desenvolvido pelos “Doutores da Alegria”, fazendo referência à “Companhia do Riso”, criada em 1996 por alunas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Baseado no trabalho realizado pelo grupo “Doutores da Alegria” a companhia existe até hoje, com o objetivo principal de resgatar o riso da criança e do adolescente hospitalizados, de sua família, da equipe de saúde, através de atividades divertidas. A autora destaca que, na escolha do nome da companhia, procurou-se ter a palavra riso como um conceito-chave; fundamentada em Menezes (1974), defende que a risada é um sintoma de saúde física e mental, individual e coletiva.

A questão da presença da ludicidade no contexto da hospitalização infantil também foi levantada por outros estudos, como Françani *et al* (1998); Costa Júnior *et al* (2006); Oliveira (2009); Porto (2010). Oliveira (2009), por exemplo, enfatiza que:

O hospital pode ser considerado como um contexto de desenvolvimento infantil, visto que este local torna-se parte da vivência da criança, interferindo nas suas relações psicossociais. Assim, a brincadeira pode ser uma forma de enfrentamento desta situação de hospitalização, bem como uma forma de humanizar as relações no contexto de internação. (OLIVEIRA, 2009, p.308).

Mostrou-se, no caso de Paolo Guerrero, a emergência de indicadores de um trabalho psíquico de resgate do equilíbrio necessário ao encaminhamento da vida concreta, da retomada de atividades apreciadas por ele na vida cotidiana. Espera-se que as interações vivenciadas, então, ofereçam perspectivas de estabilização de sua saúde física e emocional, e que o ajudem a evitar novas recaídas.

4.3.2 Elaboração psíquica em Paul Rodriguez

Paul Rodriguez, assim como Paolo Guerrero, também apresentou uma forte identificação com um esporte, mas, no seu caso, o *skate*. Desde o primeiro dia, a pesquisadora notou que ele gostava de brincar com pequenos *skates* que muitos meninos da sua idade brincam, uma espécie de “*skate* de mão”: são pequenos e os garotos costumam simular manobras com os dedos das mãos. Observando isso, a pesquisadora resolveu perguntar:

Pesquisadora: *Você gosta de skate, né?*

Paul Rodriguez: *Uhum. Eu tenho skate de verdade.*

Pesquisadora: *Que legal!*

Paul Rodriguez: *Né, mãe, que eu andava de skate?*

Mãe: *Andava!*

Pesquisadora: *E andava bem?*

Paul Rodriguez: *Andava.*

No momento em que foi solicitado a escolher um nome fictício, o nome escolhido, “Paul Rodriguez”, foi explicado como sendo uma homenagem a um skatista norte-americano que o participante conheceu através de vídeos pela Internet. Apesar da identificação com um atleta do seu esporte preferido ser um fato em comum entre Paolo Guerrero e Paul Rodriguez, este último nunca enfatizou tanto a sua escolha. Assim mesmo, é ilustrada a mesma situação vivida pelos dois meninos: a projeção de si mesmo em um atleta saudável e bem-sucedido.

Apesar de ter afirmado, já no primeiro encontro, que o desenho era uma dentre suas atividades preferidas, visivelmente seu foco era apenas o skate e sua impossibilidade de desfrutar do esporte no momento. O fato de estar limitado a realizar atividades esportivas comuns aos meninos de sua idade abalou profundamente Paul Rodriguez. Adicionalmente, a gravidade de sua doença não oferecia boas perspectivas para a retomada de tal atividade. Talvez este seja um fator de peso para o fato deste participante ter demonstrado maior nível de stress dentre os três meninos.

No segundo dia de coleta de dados, Paul Rodriguez vivenciou um momento catártico importante ao se emocionar e chorar quando contava à

pesquisadora sobre os planos futuros que havia traçado e sua dor por vê-los desvanecer, como demonstra o trecho transcrito a seguir:

Pesquisadora: *Então você quer ser skatista?*
 Paul Rodriguez: *Uhum.*
 Pesquisadora: *Você decidiu isso agora ou faz tempo?*
 Paul Rodriguez: *Há pouco tempo.*
 Pesquisadora: *Que outras coisas você pensou?*
 Paul Rodriguez: *Pensei em jogar bola, mas daí vi que não ia dar...*
 Pesquisadora: *Por quê?*
 Paul Rodriguez: *Porque eu morava em uma cidade pequena... Não tinha futuro. Daí parei.*
 Pesquisadora: *Não tinha escolinha de futebol lá?*
 Paul Rodriguez: *Tinha, mas daí fechou. Daí só tinha particular, mas daí era cinquentão.*
 Pesquisadora: *Ah... E daí você mudou de ideia e resolveu ser skatista?*
 Paul Rodriguez: *É.*
 Pesquisadora: *E quais são seus planos?*
 Paul Rodriguez: *Vou começar a andar aqui.*
 Pesquisadora: *Você tem skate?*
 Paul Rodriguez: *Tenho.*
 [um momento de silêncio].
 Paul Rodriguez: *Agora só vai dar pra andar por diversão.*
 Pesquisadora: *Por quê?*
 Paul Rodriguez: *Porque eu tenho um troço na perna. [choro].*
 Pesquisadora: *Você já tentou andar depois de ter descoberto que estava doente?*
 Paul Rodriguez: *Não, porque eu não posso!!!*
 [chorando]. *Eu tenho medo de quebrar...*

O choro indica, além da confiança que se estabeleceu e o reconhecimento da postura de alteridade da pesquisadora, um momento catártico de desabafo de um grande incômodo que estava atingindo o senso de identidade de Paul Rodriguez.

Ao ser solicitado a desenhar onde gostaria de estar naquele momento, Paul Rodriguez representou uma pista de skate e um garoto andando de skate. Resolveu, dessa vez, desenhar de maneira livre, sem copiar qualquer desenho pronto, o que foi bastante incentivado pela pesquisadora.



Figura 34 - DESENHO DE PAUL RODRIGUEZ 3

A limitação financeira imposta para os treinos de futebol pareceu ser muito menos relevante do que a limitação física que se estabeleceu com a doença. Isso porque para Paul Rodriguez, que havia recém entrado na adolescência, a identificação com alguma espécie de “tribo”, mesmo que provisória, é fundamental na identificação de seu “lugar no mundo”, uma vez que satisfaz, especialmente, a necessidade de pertencimento que é tão forte nessa fase. Rossari (2008) salienta que um dos principais pontos vivenciados na adolescência é a preocupação com a aceitação por parte do grupo e um requisito para tal é não “ser diferente”. Entre adolescentes, skatistas têm um estereótipo de um menino/rapaz saudável, belo, “descolado” e com habilidade para realizar manobras incríveis. A imagem de Paul Rodriguez em relação a si mesmo naquele momento estava bem longe da imagem idealizada de um skatista. E o garoto, aparentemente, não dispunha de recursos psíquicos para lidar com o sofrimento e com a crise de identidade que estava vivenciando. Rossari (2008) relata em seu estudo que conflitos decorrentes da imagem corporal em adolescentes com câncer são comuns, pois tal imagem, devido às condições impostas pela enfermidade, é bastante distorcida em relação à imagem idealizada.

Porém, com o passar dos dias e a aplicação das atividades de pesquisa, Paul Rodriguez foi aparentando uma melhora neste quadro, mostrando-se mais disposto e menos ansioso. Já no terceiro dia de coleta de

dados, ao adentrar o seu quarto, a pesquisadora percebeu que o menino estava mais animado que no dia anterior, o dia da “conversa catártica”. Ele mostrou à pesquisadora um desenho feito na noite anterior, de um mangá (desenho japonês). A pesquisadora mostrou-se contente com a iniciativa de Paul Rodriguez em realizar o desenho, pois foi perceptível que algo foi “reavivado” nele. Em seguida, perguntou qual é a matéria preferida dele na escola, ao que o garoto respondeu:

Paul Rodriguez: *Ah, é Artes...*

Pesquisadora: *Que legal! Fico feliz em saber!*

No decorrer dos dias, a enfermeira-chefe e as técnicas de enfermagem passaram a comentar sobre a suposta melhora de Paul Rodriguez desde que a pesquisadora havia chegado na Unidade:

-Ele anda mais animado desde que você chegou!

A mãe do garoto também relatou ter percebido uma melhora em sua disposição. Ele passou a ser muito interessado nas “aulas de Artes” aplicadas pela pesquisadora e sempre queria aprender algo novo. No dia em que foi proposto que desenhasse a si mesmo, a pesquisadora teve a ideia de mostrar a ele, através de seu *tablet*, outros artistas que fizeram autorretrato. No momento da pesquisa das obras, a pesquisadora incluiu a artista Frida Kahlo (1907-1954), tendo em vista os desenhos e pinturas que ela realizou no período em que ficou internada após um grave acidente sofrido pela artista. Imediatamente, Paul Rodriguez, ao olhar as imagens das obras, solidarizou-se com a artista e quis saber mais sobre sua história. A conversa que se sucedeu também pode ser considerada um momento catártico de grande importância, pois houve uma identificação da parte dele com a artista em questão. Os trechos transcritos a seguir demonstram parte do processo experienciado:

Pesquisadora: *Você já desenhou você mesmo?*

Paul Rodriguez: *Não*

Pesquisadora: *Sabe o que é autorretrato?*

Paul Rodriguez: *Não.*

A pesquisadora explicou, então, o que é “autorretrato”. Começou falando sobre o *selfie* (que ele sabia o que é) e, a seguir, descreveu o exemplo de Frida Kahlo. Contou a sua história e sobre como ela começou a sua série de autorretratos:

Pesquisadora: Tem uma moça que era artista, que passou por uma situação parecida com a sua. Passou muito tempo no hospital, também. Mas o caso dela foi um acidente muito grave que ela sofreu. Ela quebrou ossos das costas, quadril, pernas, teve muitos machucados na barriga... E, um dia, ela pediu para o pai dela montar um cavalete para tela em cima dela, e ela pintava assim, de cima, sabe? [mostrando].
Paul Rodriguez: Aham! [parecendo interessado].
Pesquisadora: Ela desenhava a situação dela, ela triste, ela no hospital... Ela ficou três anos na cama porque ela ficou muito machucada.
Paul Rodriguez: Nossa!!!

A pesquisadora mostrou, então, várias das obras de Frida Kahlo através do *tablet* de Paul Rodriguez utilizando a rede WiFi do hospital. Mostrou uma imagem de como era o cavalete adaptado dela, desenhado pela própria artista. Mostrou imagens dos “monstros que saíam dela”, representando a dor e a tristeza que sentia, mas que, foi aos poucos, “purgando”. A pesquisadora mostrou também imagens em que Frida se representava em meio a muito sangue. Paul Rodriguez estava muito interessado e pareceu bastante comovido com a história de Frida, apesar das poucas palavras que expressava (Paul Rodriguez é um menino que não fala muito).

Caldin (2002) também destacou que a Psicanálise atribui à identificação e à projeção um valor terapêutico e catártico. Tais processos podem ocorrer a partir da reação estética provocada pela empatia, que possibilita a identificação e a projeção por meio da Arte: essa reação promove a descarga de certas emoções, sendo que “[...] a Arte possibilita, então, por meio da catarse, a transmutação de sentimentos que precisam de solução.” (CEBULSKI, 2014, p. 45). Assim, provavelmente esse processo ocorreu com Paul Rodriguez no momento em que teve contato com as obras e com a história de Frida Kahlo: a identificação da situação da doença e da

hospitalização, bem como a observação da Arte como um recurso valioso usado pela artista para lidar com a situação delicada em que se encontrava. Paul Rodriguez pareceu perceber que este recurso poderia ser utilizado também por ele nesse processo de enfrentamento da doença e das consequências trazidas por ela.

Paul Rodriguez passou a identificar em si mesmo não mais apenas um menino skatista que estava impossibilitado de praticar seu esporte favorito; portanto, frustrado e sem opções/recursos. A partir do momento em que se percebeu também como um indivíduo criador através de seus desenhos, sua identidade começou a passar por um processo de atualização, pois em sua dimensão resiliente foram simuladas novas possibilidades de ser, enquanto em seu *self* foram, então, acoplados novos recursos de enfrentamento. Este foi, em resumo, o resultado originado da interação com dois importantes fatores de apoio, em nível humano e instrumental: a pesquisadora e as oficinas de arte realizadas neste período.

4.3.3 Elaboração psíquica em Bernardo

Bernardo era um menino que se identificava com a vida rural. Como já mencionado nesse estudo, ele nasceu em uma cidade interiorana e morou durante um período de sua vida em um sítio, ao qual criou muita afeição. Bernardo, ao contrário dos outros participantes que tinham uma forte identificação com a urbanidade, esportes e atletas, possuía outras referências. Era ligado aos animais, às viagens de caminhão, ao campo. Até mencionou gostar de andar de bicicleta, skate e jogar futebol, mas não relacionava sua identidade a alguma dessas coisas.

A sua ligação com os animais e com a vida no campo foi revelada já no segundo dia de coleta de dados:

Pesquisadora: *O que você quer ser quando crescer, Bernardo?*

Bernardo: *Ah... Ontem eu tava vendo na televisão um piá que tinha o sonho de ser policial, ele foi lá,*

conheceu os cachorro da polícia... Daí fiquei em dúvida.

Pesquisadora: Policial que lida com cachorros... Você ficou emocionado?

Bernardo: Uhum.

Pesquisadora: E quais outras coisas você pensa?

Bernardo: Ou também penso em mudar pra outro lugar... O norte, onde eu nasci. Queria lidar com gado, porque eu gosto muito, de andar a cavalo, mexer com gado... Tirar leite...

Pesquisadora: Sério?! Que legal! Você sabe tirar leite?

Bernardo: Uhum!

Ficou claro que a possibilidade levantada por Bernardo de ser policial estava ligada ao contato com os cães (animal que ele gostava) e não realmente à profissão em si; tanto que essa foi a única vez que Bernardo fez menção à profissão de policial. Bernardo talvez tivesse sua identidade mais atrelada à natureza em geral e às atividades humanas que possuem um contato mais próximo a ela, e não ainda a um objeto ou figura específicos.

Bernardo também gostava muito de viagens. Ele contou que viajou de caminhão com seu tio por algumas cidades no Brasil e afirmou que chegou a pensar em ser caminhoneiro como o tio. Mas, como ouviu dizer sobre os riscos que os caminhoneiros correm nas estradas, inclusive assaltos, então ele decidiu que o melhor era ser fazendeiro mesmo.

O que Bernardo transpareceu é que sua identidade estava ligada a algo mais “livre”: animais, sítio, viagens, natureza. Portanto, havia um maior desapego de Bernardo em relação a uma identidade individualista, vendo-se, possivelmente, mais integrado ao todo. As restrições impostas pelas atividades “modernas” e circunscritas a um local fechado (incluindo o hospital) pareciam o abalar profundamente, pois, sempre que falava a respeito, observava-se nele um tom doloroso de nostalgia. Dizia que sua família não podia “voltar pro norte” por sua causa, porque ele estava em tratamento.

Em outro momento, como já mencionado no presente estudo, Bernardo disse que tinha medo de não aguentar as quimioterapias e falecer. A continuidade do diálogo deu-se como mostrado a seguir:

Pesquisadora: E qual é o seu maior sonho?

Bernardo: *Meu maior sonho é lidar com gado.*

Pesquisadora: *Então esse medo que você tem é menor do que o seu sonho?*

Bernardo: *É.*

Aparentemente, o apego de Bernardo às referências sobre o campo era muito profundo, já que as memórias ligadas a tais referências possivelmente permitiam-lhe sentir menor sentimento de desamparo; ao contrário das outras situações experienciadas por ele em locais urbanos, em que assistiu e participou de interações desarmonizadas, presenciando até mesmo a morte de uma maneira fortemente banalizada.

A visão que Bernardo tinha de si mesmo foi explorada no instrumento “Desenho-estória”. Ao ser requisitado que desenhasse a si mesmo no atual momento e depois que saísse do hospital, os resultados foram, respectivamente:

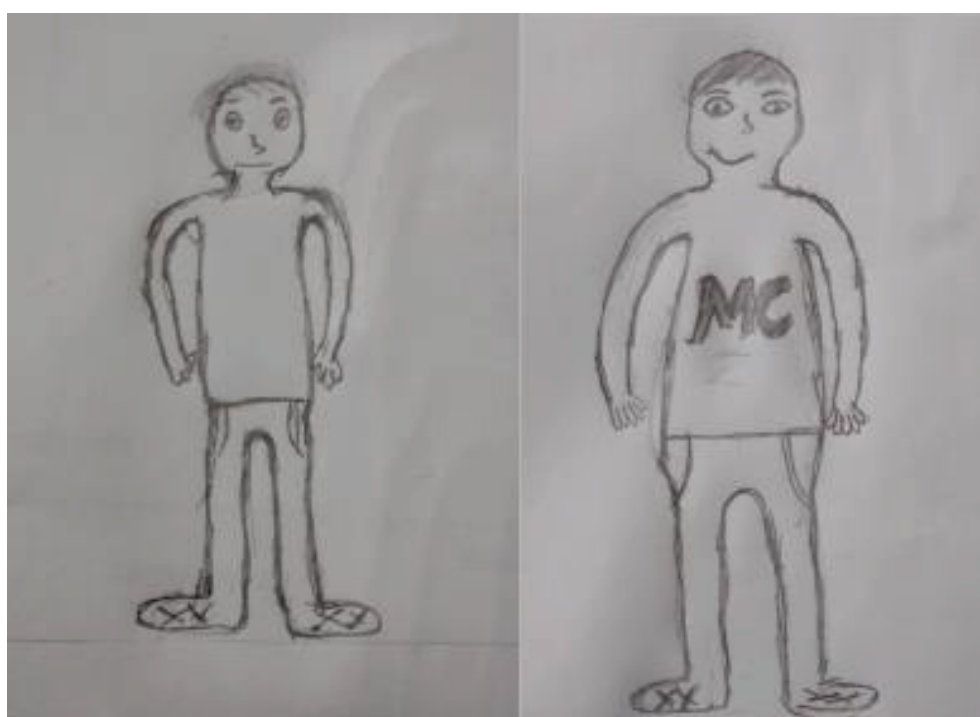


Figura 35 - DESENHOS DE BERNARDO REPRESENTANDO O PRESENTE E O FUTURO

A imagem à esquerda representou Bernardo no momento atual enquanto a imagem da direita, Bernardo no futuro. Segue-se extrato da conversa que acompanhou a realização dos desenhos:

Pesquisadora: *Terminou?*

Bernardo: *Aham!*

Pesquisadora: *Você quer pintar?*

Bernardo: *Não!*

Pesquisadora: *Então esse é você, né? Agora!*

Bernardo: *Agora... (risos)*

Pesquisadora: *Então eu quero que você desenhe você quando sair do hospital, quando estiver curado e não vai mais precisar voltar.*

Bernardo: *Nunca mais?*

Pesquisadora: *Nunca mais. O que você acha que vai fazer, como vai ser... Pense em você quando estiver curado e desenhe.*

Bernardo comentou que iria desenhar a si mesmo após o término da manutenção (que tem duração média de dez anos). Após a realização do segundo desenho, a pesquisadora fez uma observação:

Pesquisadora: *Hummm... É o seu desenho, deixa eu ver... Você no futuro! E o que é esse "MC" na sua camiseta?*

Bernardo: *Ah, é tipo aquelas coisas de camisetas... Eu mais grande, lá do outro lado!*

Pesquisadora: *Aqui você tá com um sorriso!*

Bernardo: *É!*

Pesquisadora: *Aqui você tá mais ou menos...*

Bernardo: *(sorri)*

Pesquisadora: *Me diga uma coisa, por que você desenhou você hoje meio sério?*

Bernardo: *Ah, porque eu não tô muito feliz. Porque eu tô se tratando... E depois, terminei o tratamento...*

Pesquisadora: *Daí você está feliz.*

Bernardo: *Uhum.*

Pesquisadora: *Então esse aqui é o Bernardo de hoje. Não tá muito feliz, tá em tratamento... Tá menor porque ainda não cresceu...*

Bernardo: *Fraquiinho, magriinho...*

Pesquisadora: *(risos) O que mais você pode me dizer desse desenho?*

Bernardo: *Ah, sei lá.*

Pesquisadora: *Aqui você está com pouquinho cabelo. Aqui você está com um cabelão. Você fez de propósito?*

Bernardo: *Não!*

Pesquisadora: *Não? Mas viu só? Aqui seu cabelo tá bem ralinho, e aqui um cabelão...*

Bernardo: *(risos)*

Pesquisadora: *E desse aqui? O que você me diz desse desenho de você com 23 anos?*

Bernardo: *Forte... Bonito...*

Pesquisadora: *O que mais?*

Bernardo: *Com um bom emprego...*

Pesquisadora: *O que mais?*

Bernardo: *Não sei! Só!*

Pesquisadora: *Tá muito bom esse desenho! Olha aqui, você fortão! Tem músculos!*

Bernardo mostra os desenhos para a avó.

Expressaram-se, aqui, projeções que Bernardo tinha para seu futuro, além da imagem que ele tinha de si mesmo no momento atual. Rossari (2008), fundamentada em Merleau-Ponty (2006), argumenta que o corpo é o veículo que o sujeito usa para ser e estar no mundo e, quando tal sujeito encontra-se doente, a tendência é “ignorar” as perdas inerentes à sua doença, mesmo estando ciente delas. Então, como um sistema de compensação, o indivíduo passa a se envolver com atividades que o façam sentir que seu corpo ainda está presente e atuante. As atividades artísticas possivelmente serviram como um resgate desse corpo (doente atualmente, mas eventualmente são e forte no futuro) para todos os pacientes. Especialmente para Bernardo, que não tinha uma base familiar consistente como fator de apoio, esse resgate foi fundamental para identificar-se e perceber-se em novas possibilidades.

Bernardo envolveu-se profundamente nas oficinas ao longo dos dias. Em muitos momentos relatou que estava com dor e enjoado e, a mesmo quando a pesquisadora propunha que realizassem os desenhos em outro dia, ele sempre insistiu em continuar.

Quando solicitado que desenhasse onde ele queria estar naquele momento, Bernardo relatou que gostaria de estar em casa. Não respondeu precisamente o que gostaria de estar fazendo em casa, mas, em seu desenho, ele representou a fachada da casa, ele e sua cadelinha. Falou sobre a cachorrinha e disse que gostava de brincar com ela:



Figura 36 - DESENHO DE BERNARDO 2

Mais uma vez, um animal apareceu em seu discurso. Bernardo mostrava acreditar na vida, pois era conectado à natureza e muito disposto a interagir (as interações são a base da vida, como defende o STAA) – o que se comprova pelo fato dele, mesmo em estado terminal, ter participado com alegria de todas as atividades propostas pela pesquisadora. Porém, o que se viu com o passar dos dias é que, mesmo mostrando indícios de que sua identidade estava sendo resgatada (pela emergência de referências *sélficas* que transpareciam nos desenhos e conversas), tais recursos (re)adquiridos nas oficinas não foram suficientes para dar suporte à continuidade da vida de Bernardo. Uma possível hipótese para o que estava acontecendo é que Bernardo estivesse em um processo de aceitação de um “novo estado de ser”, ou seja, adquirindo recursos para aceitar a própria morte.

Tanto o resgate de elementos importantes que fizeram parte de sua vida e que lhe davam “alento”, como o fato de Bernardo ter se projetado na figura de uma menina podem ser indicadores disso. Quando a pesquisadora lembrou Bernardo a respeito de que ainda precisaria decidir-se sobre seu nome fictício, ele riu e perguntou se teria de ser, necessariamente, um nome de menino. A pesquisadora respondeu que poderia ser qualquer nome. Então ele disse que gostaria de ser chamado, no trabalho, de “Bianca”. Buscando identificar de onde Bernardo teria tirado essa referência e o que ela poderia significar, a pesquisadora questionou:

Pesquisadora: *Quem é Bianca?*

Bernardo: *Se você perguntar pra minha avó ela vai te contar essa história...*

Bianca era uma amiga de Bernardo que ele conheceu na escola rural, à qual ele se afeiçoou muito, tendo sido recíproco. Ele contou, então, à pesquisadora que há quatro meses não a via, mas que ela sabia que ele estava doente e que sempre perguntava a seu respeito para os primos que ele possui no sítio. Explicou que gostaria de fazer “uma homenagem” a ela e por isso escolheu esse nome.

Esse fato é um possível indicador de catarse por representar um resgate importante: o resgate de uma pessoa que lhe demonstrou afeição e que se preocupava com o seu bem-estar. E provavelmente o mais importante (o que justificaria a reação catártica), está relacionado ao significado atribuído por Bernardo à menina que lhe era “desejável” (sua “namorada”, como informou a avó). Uma hipótese viável a ser explorada é a de que, na visão de Bernardo – que havia presenciado a disputa por uma menina no caso do amigo que faleceu –, meninas são vistas como pessoas “disputadas” (ou “disputáveis”), pelas quais existe alguém que luta e, até mesmo, morre por elas. Seguindo essa linha de raciocínio, no caso específico da figura de Bianca, projetou-se nela a imagem de uma pessoa que é mais bem amparada e querida que ele, pela qual as pessoas estão dispostas a lutar. A figura de Bianca possivelmente representava um fator de proteção para Bernardo – que foi abandonado pela mãe e que frequentemente escuta, por parte da avó, que o futuro das pessoas que têm câncer é, invariavelmente, a morte prematura.

Assim sendo, o processo de resgate de sonhos, desejos e vitalidade perdeu força diante dos medos, perdas e desamparos que ocorreram em sua vida. O *desamparo* é aqui, entendido, como o “estado daquilo ou de quem se encontra abandonado, privado de ajuda material ou moral.” (HOUAISS, 2009). Defende o STAA que a sensação psicológica de desamparo é um elemento significativo no adoecimento – que caracteriza a situação de crise, conforme apresentada anteriormente, em que a doença faz parte do processo de “denúncia” da existência de contextos demasiadamente instáveis, portanto entrópicos, gerados pelas interações em desarmonia.

Considerando-se o momento terminal em que se encontrava, Bernardo, talvez, não tenha “desistido da vida” simplesmente por não suportar, por se resignar a essa situação aparentemente sem retorno; mas tenha, também, chegado ao ponto de aceitar um “novo estado de ser”. Por um lado, porque via que seus desejos e anseios estavam longe demais de serem satisfeitos e o caminho mais “fácil” seria a aceitação da morte iminente. Segundo Kübler-Ross (1992), a morte pode ser um caminho para alcançar a paz.

A autora descreve cinco estágios sobre o “caminho da morte”, ou, de maneira geral, o processo psicológico vivenciado pelas pessoas diante de uma situação catastrófica (perdas sérias, luto, tragédias): (1) *Negação* da situação de doença que pode conduzir à morte, a qual pode ser acompanhada da busca de isolamento; (2) *Revolta*, que surge diante da impossibilidade de manter a negação e que tende a despertar sentimentos de raiva e repulsa à situação em questão, pois o indivíduo tende a se sentir injustiçado (“Por que eu?!”); (3) *Barganha*, na qual o indivíduo tenta fazer algum tipo de “acordo” (com seus cuidadores, e até com Deus) que possa vir a ter como resultado sair da situação adversa em que se encontra; (4) *Depressão*, fase em que o sentimento de sofrimento ganha força uma vez que as tentativas de negar e de barganhar não surtiram efeito. Por isso a pessoa torna-se introspectiva e as perspectivas de perda são claramente sentidas. No entanto, trata-se de uma atitude evolutiva, pois o indivíduo prepara-se para enfrentar uma situação a qual ele não pode mais negar, iniciando um processo de desapego e desligamento gradativo de todos os relacionamentos da vida; (5) *Aceitação*, estágio em que pessoa não experimenta mais o desespero e se prontifica ao enfrentamento da situação com consciência de suas possibilidades e limitações.

Kübler-Ross (1992) destaca, ainda, a importância para um indivíduo nesse estágio de ter pessoas por perto que ofereçam apoio (além de outros fatores de proteção), os quais possam sentar e ouvi-los, auxiliando-os a extravasar sua raiva, suas angústias, desejos e anseios. Alerta que o paciente se sente muito cansado fisicamente e espera de sua família e amigos que aceitem sua futura condição.

O STAA, nesse sentido, pressupõe que o indivíduo percebe, nesse momento, que “lutar sozinho” não lhe é mais possível e ele tende a aproveitar

as oportunidades que lhe são oferecidas para vivenciar o sentimento de *dignidade* em seus últimos momentos. Dignidade é definida pelo dicionário Houaiss (2009) como “qualidade moral que infunde respeito; consciência do próprio valor; respeito aos próprios sentimentos; amor-próprio.” O resgate de aspectos identitários e referências do *self* é, nesse momento, muito importante, pois aceitar-se e apreciar-se como indivíduo (resgatando suas autorreferências e reminiscências de interações saudáveis) ajudam a pessoa a ganhar respeito por si própria, apesar das contingências desfavoráveis.

Uma doença não engloba apenas sintomas orgânicos, mas também emocionais, conforme já destacado. Para Angerami-Camon, Chiatton e Nicoletti (1992, p. 75), “a história do indivíduo é um fator muito importante no aparecimento e na patogenia das doenças, e passado, presente e futuro podem ser fatores causais na dinâmica patológica”. Com base apenas nos dados coletados sobre a história de vida de Bernardo já se pode concluir que sua vida foi repleta de desamparo e medos. Assim, talvez, a doença tenha realmente origem em aspectos multicausais, mas é possível que a mesma tenha sido uma forma de Bernardo expressar suas questões emocionais, somatizando-as.

Dessa forma, e conforme a premissa inicial defendida pelo STAA, a doença emerge em meio a situações conflituosas e desarmônicas, em que o indivíduo não se sente suficientemente amparado, essa etapa final representaria a última chance de contrapor o desamparo por meio das interações disponíveis no atual contexto e que mostram o potencial de resgatar sua dignidade, finalizando a existência mais tranquilamente, com um nível aceitável de amor-próprio. Sabe-se que a morte é algo poderoso, que faz parte da natureza, do ciclo da vida e que todos os seres vivos, em algum momento, defrontar-se-ão com ela. Comenta Sant’Ana (2009):

É claro que coisas tristes existem para ficarmos tristes e o sofrimento nos causa dor, mas não por isso faremos a tristeza e a dor maiores do que são de fato. A trilha da vida exige de nós a vontade de existir para seguir em frente e, nesse caminho, é preciso sentir e entender devidamente as coisas com as quais nos deparamos. E a morte, como qualquer outro fenômeno que encontramos ao trilhar a vida, necessita ser bem sentida e entendida;

senão lidaremos muito mal com ela. (SANT'ANA, 2009, p.115).

Observa-se, assim, que a esperança é a única coisa que persiste em todos os estágios e, apesar de, aparentemente, Bernardo ter resilido, a aceitação da morte também é acompanhada de esperança – mesmo que a esperança de morrer visualizando-se com dignidade; talvez, por isso, teria realizado desenhos onde se projetava no futuro, curado.

Todos sabemos que um dia morreremos. O STAA explica que, ao longo de nossas vidas, tendemos a ter em conta as doenças graves e a morte apenas como “pano de fundo”. Cotidianamente não costumamos lidar com ela diretamente, pois estamos demasiadamente ocupados com o movimento existencial que requer a vida. A situação de enfermidade, porém, intensifica a sensação de ameaça à integridade (e, por vezes, à vida), tornando-a “figura”, alvo principal de nossas atenções. Mesmo a depressão que caracteriza o estágio anterior ao da aceitação pode vir a representar uma tentativa de resgate de algum nível de amparo. A introspecção à qual se dedica o indivíduo no período depressivo e que, como explicou Kübler-Ross (1992), tem por fim uma preparação para enfrentar uma situação a qual ele não pode mais negar, no qual inicia um processo de desapego a certos aspectos da vida, pode envolver uma busca de “volta às origens” (SANT'ANA-LOOS; LOOS-SANT'ANA; no prelo), um retorno ao estado de homeostase e equilíbrio característico do início da vida, quando ainda se encontrava no útero materno, e sem ainda conhecer o desamparo. A busca de volta às origens também pode significar, em uma perspectiva mais ampla, a retirada do excesso de elementos entrópicos que vamos “acumulando” no decorrer da existência com vistas ao encontro do sentido primordial da vida (e da morte, como parte dela). No caso de Bernardo, o apego à natureza e à vida “simples” interiorana, mostrado em suas últimas produções, parece encaixar-se nesta possibilidade de leitura.

Assim sendo, em seus últimos dias de vida Bernardo desenhou, a pedido da pesquisadora, algo que ele gostava muito e, também, o lugar onde gostaria de estar no momento. Ele retratou, nessa ocasião, o sítio onde desejava estar:



Figura 37 - DESENHO DE BERNARDO REPRESENTANDO O SÍTIO



Figura 38 - FOTOGRAFIA DE BERNARDO EM UM MOMENTO DE DESENHO

Quando questionado sobre seu trabalho, Bernardo voltou a afirmar sua afeição pelo gado. Ele copiou a vaca do desenho de um dos livros disponibilizados pela pesquisadora. Pediu ajuda para fazer a perspectiva das árvores, queria representar um vasto campo. Dois dias após a realização deste desenho, Bernardo entrou em óbito. O desenho ficou com Paul Rodriguez a pedido dele, como uma lembrança de seu amigo

A busca de reencontro do sentido primordial da vida por meio do período depressivo gerado pelo estado terminal de uma doença e a aceitação

da possibilidade da morte também têm, assim, fins adaptativos. Criar formas de lidar com algo inevitável como a morte é também um trabalho resiliente e o maior recurso criado neste processo é o resgate da dignidade, em que o indivíduo se sente em condições de deixar esta existência com respeito por si mesmo. Isso é disponibilizado ao *self* e à identidade do indivíduo. Em Bernardo, a alegria com a qual o garoto participou de todas as sessões de conversa e oficinas, e a insistência em realizá-las mesmo quando, fisicamente, não estava passando bem, pode ser um indicador de que ele estava buscando retirar delas o máximo possível em termos de referências e recursos para se tornar mais resiliente – que, no caso dele, significava aprender a morrer.

4.4 Sessões extras

O processo de aplicação dos instrumentos aconteceu mais rapidamente do que o previsto inicialmente. O tempo previsto para cada encontro era de uma hora, mas, visto que o tempo disposto por parte da pesquisadora (que estava de férias) aos participantes era maior, a coleta deu-se por concluída em dez dias. A equipe de enfermagem facilitou o processo de coleta em si, pois deu total liberdade à pesquisadora para atuar com os pacientes. A média de tempo de cada sessão da coleta de dados foi de duas horas, o que imprimiu velocidade ao processo.

Quando a parte da coleta com instrumentos terminou, Paul Rodriguez e Bernardo estavam bastante apegados à pesquisadora e esta teve, então, certa dificuldade em “dar como encerrada” a pesquisa. A partir disso, as visitas aos meninos continuaram como encontros informais, quase visitas sociais. Tais visitas não foram gravadas e nenhum instrumento de coleta formal foi aplicado, apesar dos meninos continuarem gostando de desenhar e, até mesmo, esperavam por isso. Na antevéspera de Natal os dois meninos foram colocados no mesmo quarto. As enfermeiras explicaram que eles foram internados novamente no mesmo dia e pediram para ficar juntos, o que facilitou à pesquisadora visitá-los. Nesses encontros, além de realizar desenhos, os garotos também gostavam de conversar, contar piadas e assistir ao programa “Chaves”. Em um dos dias em que a pesquisadora foi visitá-los, nenhum deles

estava fisicamente disposto, pois estavam com muita tontura devido à quimioterapia.

Na véspera de Natal, a pesquisadora visitou novamente os meninos. Eles desenharam e conversaram bastante. Paul Rodriguez mostrava-se animado porque iria ganhar alta e sabia que sua tia estava preparando um jantar de Natal em casa. Bernardo estava mais chateado porque iria passar o Natal no hospital. A pesquisadora prometeu, então, visitá-lo no dia seguinte, mas quando chegou, foi informada pelas técnicas de enfermagem que Bernardo acabou recebendo alta naquele mesmo dia pela manhã. Ao menos ele não passou o Natal todo no hospital.

Os meninos retornaram na antevéspera do Ano Novo. Depois de descobrir que Paul Rodriguez tinha um aparelho de DVD, a pesquisadora propôs a “sessão cinema”. A primeira (que acabou sendo a única) sessão foi marcada para o dia seguinte pela manhã. Depois de procurar conhecer um pouco mais sobre os gostos dos meninos para filmes, a pesquisadora consultou a equipe de enfermagem e todos apoiaram a ideia. Foi combinado levar para os meninos pipoca e chocolates, com autorização da equipe. A preocupação era especificamente com Bernardo, que se recusava a comer, mas quando a pesquisadora informou que haveria pipoca e chocolate, ele ficou mais animado.

No dia marcado para assistirem ao filme, para a surpresa da pesquisadora, alguns médicos que ficaram sabendo da “sessão cinema” levaram também refrigerantes e um pote de sorvete para “incrementar” a sessão. Os meninos estavam ansiosos esperando a pesquisadora desde cedo naquela manhã. Segundo as enfermeiras, eles estavam perguntando por ela já há algum tempo.

A pesquisadora recebeu muito apoio da equipe de enfermagem durante a coleta. Todas as pessoas da equipe foram muito receptivas e afetuosas. Várias delas acreditavam que a pesquisadora era psicóloga e sempre reforçavam a importância do “trabalho” que estava sendo feito. Uma das enfermeiras-chefe deu um feedback muito positivo à pesquisadora, dizendo que a considerava “muito segura” e que estava observando “bons resultados” nos pacientes.

O filme assistido no dia da “sessão cinema” foi “Detona Ralph”, uma animação que conta a história de um personagem de vídeo-game que era um vilão, mas que não gostava mais dessa identidade. Depois do filme, os meninos ainda estavam animados para desenhar e foi nesse dia que Bernardo terminou de colorir o seu desenho do sítio. Bernardo pediu à pesquisadora se ela poderia ler uma história depois, ao que ela respondeu que sim. Depois de alguns minutos, ele a “relembrou” de contar a história e, então, foi lido um conto de E. E. Cummings, “O elefante e a borboleta”. Algumas horas depois, Bernardo começou a passar mal e Paul Rodriguez ficou com sono. Mesmo assim, todos trocaram votos de Feliz Ano Novo, sendo que a pesquisadora prometeu voltar “no ano seguinte”.

Alguns dias depois a pesquisadora recebeu a triste notícia por meio de uma mensagem de celular, enviada por Paul Rodriguez, acerca do falecimento de Bernardo. Foi então visitá-lo e ele estava muito chateado devido à morte do amigo. Assim que chegou ao hospital, as técnicas de enfermagem vieram dar a notícia, e espantaram-se quando foram informadas que ela ficou sabendo por meio de Paul Rodriguez. Ele, por sua vez, soube pela mãe, que soube pelos corredores do hospital. Durante a visita, Paul Rodriguez estava visivelmente triste e chorou muito pelo amigo. Após ficar mais calmo, disse que os últimos desenhos de Bernardo ainda estavam no armário e pediu para ficar com eles como lembrança. A pesquisadora ouviu em silêncio sua tristeza e somente depois dele estar um pouco mais estável, é que começaram a conversar. Foi uma conversa difícil, pois ali ambos estavam enfrentando a morte de maneira muito próxima. Ter “perdido” Bernardo foi um choque para todos, principalmente para Paul Rodriguez e para a pesquisadora, que estiveram tão próximos dele nos últimos dias. Ele relatou que Bernardo, algumas horas depois do último encontro com a pesquisadora, começou a piorar e foi transferido para a UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Apesar dos cuidados médicos mais intensivos, Bernardo não resistiu e faleceu poucos dias depois.

Ambos perceberam que estiveram entre as últimas pessoas que Bernardo teve contato e conversaram a respeito do risco de morte. Foi um assunto difícil e bastante delicado, e Paul Rodriguez afirmou que sabia que, mesmo tendo acontecido com Bernardo, não significava que aconteceria com

ele também. A pesquisadora manteve as visitas a Paul Rodriguez nos dias que se sucederam.

Paul Rodriguez teve alta alguns dias depois, ficando em casa por um longo período. Sua cirurgia para retirada dos tumores nos pulmões estava marcada para dali a dois meses e ele precisaria passar um período sem receber quimioterapias para se fortalecer para a cirurgia. Enquanto o garoto estava em casa, a pesquisadora e ele mantiveram contato por mensagens instantâneas.

A pesquisadora lhe fez uma nova visita alguns dias antes da cirurgia. Paul Rodriguez parecia bem e bastante confiante. Observou que ele estava se utilizando muito das redes sociais para publicar fotos suas com mensagens de força e esperança. Sua cirurgia aconteceu no final do mês de fevereiro e foi muito bem sucedida. Ele não precisou ir para a UTI ao término do procedimento, tendo sido encaminhado diretamente para o quarto. Paul Rodriguez recupera-se bem e continua com fé e esperança de vencer o câncer.

4.5 Discussão Geral

Substancialmente, o que se pretendeu captar dos dados extraídos desta pesquisa foram indícios, preferencialmente significativos, de que a atividade artística faz emergir processos psicológicos imprescindíveis para o desenvolvimento de crianças e adolescentes em situação de hospitalização. Em grande medida, buscou-se verificar se exatamente a parcialidade ou mesmo a falta de tal desenvolvimento – o qual está, conforme o apoio que o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) concede interpretar, intimamente ligado à gestão das interações dos indivíduos em suas vidas cotidianas – não poderia ser o cerne emergente da situação de vulnerabilidade acometida.

O desenvolvimento humano é complexo. Não ocorre apenas por meio direto das nossas interações com o mundo exterior, sejam com coisas, objetos, animais ou pessoas. Também se efetiva através do processamento interno, subjetivo, o qual é afetado pelos parâmetros avaliativos que germinam tanto a partir dos valores interacionais sociais (família, cultura, sociedade, etc.) quanto

pelos valores sorvidos (ou não) pelos indivíduos, provenientes de seus sentimentos (prazer existencial). E, comumente, o que realmente ocorre, como se observou neste trabalho, é uma contínua síntese desses dois meios de avaliação que promove e/ou corrobora o desenvolvimento. Talajuizamento é o nascedouro das crenças de autorreferência dos indivíduos, pelas quais se efetiva a autonomia criadora e em contínuo desenvolvimento, mesmo, como no caso dos participantes deste estudo, em condição de saúde adversa.

De modo geral, então, o que se verificou foi que o aporte teórico do trabalho, a coleta de dados e as análises transmitem essas ideias e comprovam, apesar das limitações da pesquisa, ser fundamental que nossas interações sejam a busca da depuração da melhor qualidade possível. Pois, é a partir delas que podemos ativar nossos mecanismos resilientes e expandir nossas possibilidades de ser e atuar no mundo. E, mais ainda, são essas interações a própria expressão do sentido da existência; ou seja, sem interações não há vida, nem o bem estar que se almeja desta. Porém, é preciso salientar, é necessário se compreender que uma interação de qualidade só pode ser alcançada pela homeostase entre os participantes da mesma. E se deve entender por homeostase exatamente o sentido mais complementar que a interação pode trazer para as demandas dos indivíduos, as quais, de forma geral, emergem do devir da fruição da sensibilidade: do prazer à felicidade; da preservação à realização; da conquista da ordem e da organização à razão da inteligência; do entendimento e da compreensão à sabedoria do viver. Neste sentido, o conceito de homeostase se confunde com a própria ideia de qualidade e harmonia nas interações.

Contudo, a qualidade/harmonização nas interações tem sido problemática. Aliás, eis a própria raiz dos males que acometem a sociedade e a condição humanas. A crise está instalada. E sem desenvolvimento humano, na excelência do termo, conforme denota este trabalho a partir do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, ela permanecerá.

No caso específico dos participantes desta pesquisa, a presença da crise foi evidente nos três estudos de casos apreciados. Conforme apontado nos pressupostos deste estudo, a crise ocorre como um alerta, uma denúncia, de que há algo de errado naquele organismo, ou que o organismo em questão capta das interações que lhe são adjacentes. Entende-se *organismo*, aqui,

como uma organização de elementos que constituem uma unidade: a organicidade existencial, que é tanto individual logo subjetiva quanto interacional e, por isso, objetiva; mas sempre, em ambos os casos, rumando para a conformação de uma unidade, uma *Gestalt*. Enfim, o que aqui se pôde apurar é que, de fato, na crise, há um entrecortar entre as partes integrantes do organismo. De modo geral, isso ocorre por conta do excesso de entropia que não se consegue gerenciar, pela falta de desenvolvimento das capacidades psicológicas ou recursos psíquicos em consonância com a corporeidade e suas interações com os pares e o meio.

Também ficou evidente que a doença, uma espécie de crise aguda que compromete toda a existência e que, por conseguinte, exige providências emergenciais acerca do que a causa (a despeito de a medicina atual, no mais das vezes, pautar-se quase que exclusivamente apenas nos sintomas manifestos), pode ser vista como um processo de desequilíbrio biopsicossocial. Isso porque a doença se manifesta, em última análise, no plano físico e concreto quando há interações mal resolvidas, as quais são percebidas e necessitam considerações adequadas no plano psíquico. Por isso, consideramos que não existe apenas uma causa para a manifestação da doença, mas sim, origens multifatoriais. Portanto, pode-se dizer que as crises interacionais são as mesmas crises psíquicas, só que em escala subjetiva; ou seja, no contexto da perspectiva avaliativa na qual realmente importa o sentido do “afetar e ser afetado”, do que agrada ou desagrade e como, a partir de parâmetros pontuais, atuar de forma interacional.

Nessa perspectiva de se ver a psique humana buscando se habilitar para as interações – percebendo, ponderando e executando soluções para as crises –, o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* (STAA) disponibiliza o conceito de *Célula Psíquica*: o princípio fundamental da organicidade psíquica. Nesta visão psicológica da mente humana, o que conta é que o organismo busca o equilíbrio, a homeostase, a *harmonia*; esta, descrita por Fechner *apud* Arnheim, (2004, p. 46) “[...] como a resolução das tensões, o princípio da tendência à estabilidade”. Ou seja, o *atrator* básico de toda a existência humana, logo de todo o sentido do funcionamento da psique, é a busca da solução de problemas, do encontro do bem estar, da harmonia. Ou como dizia Spinoza, um dos autores inspiradores do Sistema Teórico da *Afetividade*

Ampliada, a vontade existencial de nosso intelecto é a procura da bem-aventurança, da felicidade: palavra tão “desgastada”, mas indissolúvel de qualquer motivação existencial humana.

Adentrando nos meandros específicos deste estudo, o estado de vulnerabilidade física e a consequente hospitalização de Paolo Guerrero, Paul Rodriguez e Bernardo descrevem claramente a ideia de desordem em nível interacional, conforme seus próprios históricos familiares; como, por exemplo, a presença de rupturas de laços afetivos e obstáculos à realização pessoal (MELLO FILHO, 1992). Neste sentido, no processo de desenvolvimento, os meninos possivelmente não conseguiram criar e ordenar recursos resilientes o suficiente para lidar com as instabilidades oriundas das crises interacionais logo existenciais. Portanto, é bastante indicativo que, em alguma medida, suas enfermidades tiveram, possivelmente, algum tipo de origem interacional inadequada (somaticamente), que processualmente foi incorporada na psique. Esta, não estando fortalecida com recursos que permitissem uma lida efetiva com os conflitos, foi “devolvida” somatizada no nível físico/material.

[...] a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para ‘originar transtornos funcionais, e estes se repetidos e persistentes, alteram a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações. (PONTES, *apud* MELLO FILHO, 1992, p. 98).

Paolo Guerrero viveu mudanças na família bastante significativas; Paul Rodriguez vivenciou recentemente a separação dos pais e parece absorver a dor de tal episódio de forma velada; enquanto Bernardo experienciou o desamparo e carregou o peso dos conflitos relacionados à sua origem. É certo que tais situações de conflito não podem ser assumidas absolutamente como o ponto nevrálgico que desencadeou o desequilíbrio em seus organismos, contudo é bastante lógico considerar que sem elas a estabilidade orgânica, a qual inclui a psíquica, seria bem mais fácil de ser alcançada. Logo, igualmente, porque as vidas dos três garotos não estavam em favoráveis condições homeostáticas, pode-se minimamente argumentar que a crise interacional e de desenvolvimento se tornou um nicho propício para manifestações patológicas.

O que torna lícito concluir que a purgação psíquica, emocional, dos incômodos e desalentos oriundos das crises interacionais, da conturbação do sentido da vida humana, pode ajudar a restituir ou recriar uma situação orgânica (re)alinhada ao desenvolvimento de recursos de enfrentamento e à recuperação da saúde.

Dentro dessa mesma linha de discussão, acerca da instalação e da manifestação do desequilíbrio orgânico, também se deve trazer à tona a postura de profissionais de saúde diante da doença. Segundo Angerami-Camom, Chiatonne e Nicoletti (1992), assim como o que já foi argumentado aqui, a dicotomia e o dualismo, tão presentes na ciência, têm seu lugar marcado na prática assistencial da saúde. Entre tantas cisões e distanciamentos, de modo geral, os médicos ocupam-se dos cuidados com o corpo – somente se este estiver doente –, enquanto os psicólogos e psiquiatras da “cura” da mente, parecendo que, nesse caso, esta se apresenta sempre ou quase sempre perturbada. No prosseguimento dessa ruptura estrutural do sistema de cuidado da saúde, vê-se que as duas áreas não interagem, logo não se conversam e trocam impressões interdisciplinares. Assim, a partir desse estranho, mas tradicional fenômeno separatista da mente e do corpo, uma grande desvantagem recai sobre os indivíduos (ou pacientes, nessa atitude de somente se cuidar da doença e não exatamente da saúde). Estes acabam por não ter suas dificuldades, que no mais das vezes seriam mais bem resolvidas se compreendidas em um nível mais amplo de desenvolvimento, completamente diagnosticadas e tratadas em todos os âmbitos. O problema é que, por um lado, a Psicologia, nem sempre sustenta o papel das emoções na fisiologia; porém, por não se envolver ora na integralidade biológica ora nas especulações teóricas e epistemológicas do sentido do conhecimento como um todo, inevitavelmente incide em parcialidades ou enviesamentos na compreensão dos fenômenos críticos da vida humana. E, por outro, a Medicina pouco considera e produz a respeito dos aspectos psicológicos das doenças; o que, infelizmente, acaba por se enveredar para as mesmas consequências citadas à Psicologia.

Recentemente, por conta de todo um movimento histórico e social de resgate ao respeito a todo tipo de condições humanas menos favoráveis, a assistência à criança hospitalizada tem dado alguns passos rumo à

humanização. Todavia é preciso se ter consciência de que as condições menos favorecidas, como um todo, exatamente nasceram e continuam a nascer da falta de uma postura de desenvolvimento das coisas humanas vistas de uma forma ora dicotômica ora dualista, as quais se prolongam por todo tipo de fragmentação e preconceitos (SANT'ANA-LOOS, 2013). Por isso, é imprescindível se compreender o ser humano de um modo integral, a partir de um ponto comum e formador da unidade psicológica (VYGOTSKY, 1986), o qual permeia todo o sentido da vida: as interações. Neste sentido, o conceito de Célula Psíquica, formatado pelo Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* e que foi utilizado neste trabalho, serviu para trazer à tona, por um lado, os indicativos das distorções que podem levar a organicidade da vida humana à crise e, por outro, referências do uso da Arte na (re)elaboração psíquica necessária ao resgate da humanização diante de condições menos favorecidas. Isso porque a atividade artística incita os processos psicológicos a afetarem diretamente o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças e dos adolescentes. Assim sendo, emergiria uma perspectiva mais sólida de cuidado e desenvolvimento da saúde acima da simples reparação da doença, já que é também papel dos profissionais da saúde garantir que os riscos ao desenvolvimento psicossocial sejam minimizados durante o tratamento de uma enfermidade física.

Nessa perspectiva de se buscar conceituar a integralidade humana para a realização de processos humanizados de conversão de condições adversas ou menos favorecidas em desenvolvimento e saúde, conforme o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, é preciso se identificar o objetivo ou meta orgânica almejados tanto pela psique quanto pelo corpo, ou melhor, pela Célula Psíquica: o *atrator* do desenvolvimento. Trata-se da homeostase, quando vista de modo interacional, ou da estabilidade, ao se observar o sentido da subjetividade individual, ou, ainda, da felicidade, em uma perspectiva monista.

Assim, a busca da homeostase e do reequilíbrio das interações é o fenômeno que movimenta o indivíduo. Neste movimento, o alvo é o preenchimento do vazio (ou falta de sentido das ações), reorganização das ideias em busca de soluções, compreensão das partes para assimilação do todo para que o desenvolvimento à totalidade do ser possa ser efetivado. Tudo

isso tendo-se em conta o exercício do “jogo interacional”: a vida acontecendo de humano para humano; de criaturas para o mundo e vice-versa.

Como se trata, no fim das contas, da assimilação das regras implícitas no contínuo “jogo interacional” que perfaz o cotidiano das pessoas, nada mais natural do que haver intermediadores nesse percurso de busca de controle e harmonização interacional. Por isso, em nível humano e instrumental, a reparação do equilíbrio pode se dar por meio da intervenção externa de fatores de apoio. Assim, se vivemos em constantes interações e são estas que, quando instáveis, originam os estados caóticos que vivemos, a solução pode estar exatamente na atenção a elas. A intervenção externa, ou fator de apoio, ou até mesmo “facilitador” da (re)elaboração psíquica, pode fazer emergir os recursos necessários ao (re)equilíbrio pela ativação de mecanismos resilientes, ajudando na (re)criação de si e de possibilidades de ação e atitudes interacionais pró-homeostáticas.

No foco específico deste trabalho, de pessoas hospitalizadas, em nível instrumental, por exemplo, um fator de apoio pode ser a medicação. Em nível humano, uma intervenção facilitadora bastante óbvia é a relação empática com um membro da equipe de saúde ou da família. Entretanto qualquer relação humana na qual o “jogo interacional” eu-outro possa ser realizado de maneira confiável e, portanto, plena, torna-se decididamente uma intervenção protetora, logo auxiliadora no tratamento. Isso porque o que surge é uma relação que alcança a alteridade: o processo de “afetar e ser afetado” rumo à harmonia pelo entendimento e pela mediação do funcionamento mútuo das coisas humanas que estão envolvidas na interação em questão.

No caso dos garotos desta pesquisa, na mediação com a pesquisadora, buscou-se sempre o respeito, a alteridade, a confiança, a transparência e a sensibilidade. Assim, a mediação foi proposta neste estudo como sinônimo de fator de proteção, a qual, em nível humano, passa a ser uma figura de referência e fator de apoio para os mediados, no caso, os pacientes. Neste sentido, muitas demonstrações dos participantes denotaram que possivelmente, a pesquisadora se tornou tal referência, por exemplo: ao aguardarem sua chegada ansiosamente para a realização das atividades, ao se alegrarem em poder contar com a mesma nos momentos em que se

sentiam disponíveis para interagir e ao reconhecerem sua disponibilidade, mesmo nas circunstâncias em que a energia era escassa.

Ficou claro que, intermediadas pela pesquisadora, as oficinas artísticas tiveram um poder notório sobre a psique, pois tangiam concretamente sensações e sentimentos humanos dos mais primordiais e essenciais ao desenvolvimento, os quais, até então, eram claramente truncados ou sinuosos mais do que o suportável. Por isso, a Arte de fato funcionou como um grande agente coadjuvante no tratamento ou, pelo menos, na conquista da dignidade em tal situação de risco eminente, a qual inclusive foi marcada pelo luto.

Deste modo, a Arte pode ser um dos instrumentos ou via de fluxo para a tomada de consciência dos fenômenos envolvidos no “jogo interacional”, na prática existencial permeada pela necessidade contínua de busca da homeostase, da superação de problemas, na (re)conquista da saúde. Isso porque uma pessoa desestabilizada ou doente nunca está nessa condição somente na perspectiva de seu “eu” físico, de sua corporeidade reta; mas, pode-se dizer, ela está instável, em emergência de colapso ou entropia não administrável, em tudo o que constitui o seu *eu* (a sua Célula Psíquica).

No presente estudo, o uso da Arte foi direcionado para agir na subjetividade e na transformação psíquica dos indivíduos por meio da busca da emersão da catarse. Isso na tentativa de ajudá-los a processarem seus momentos de crise, purgando seus incômodos, o que, conforme o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, promove a abertura para a *Linguagem Plena*, ou seja, para as novas possibilidades a serem construídas com auxílio das interações. Através da catarse, os meninos puderam entrar em contato com os seus próprios sentimentos de uma maneira sincera, a despeito de abstrata, distanciando-se do concreto que lhes parecia um tanto quanto insuportável. Como exemplo desse caso, pode-se citar a identificação que Paul Rodriguez teve com a artista Frida Kahlo, quando a pesquisadora mostrou suas obras e contou a história de vida desta artista. Esse episódio o ajudou a processar a sua situação de hospitalização, projetando-se no contexto da artista, subtraindo das referências interpretadas novas possibilidades existenciais, logo interacionais, que o envolviam.

Ainda conforme o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, a catarse também permite a transformação de energia psíquica, pois os processos de

catarse fomentam a criação de novas possibilidades de recursos resilientes e o resgate e a atualização do *self* e da identidade, o que ocorre simultânea e articuladamente. Nesta linha, outro exemplo a apontar é o caso de Paolo Guerrero, quando teve sua crise de riso ao calçar as chuteiras que ganhou de presente da equipe e chutar a bola dentro de seu quarto de isolamento – ali, naquele instante, algo do que promovia sua identidade estava sendo resgatada: por alguns momentos, ele não era um menino doente, era um jogador de futebol saudável e de sucesso, como sempre quis ser e como se identificou desde o início ao escolher o fictício nome de um atleta do futebol. Ele pôde ser uma criança “normal” que brincava com as possibilidades humanas do que se pode vir a ser. A atualização e o resgate da identidade vêm a partir do que os recursos resilientes produziram e que são acoplados no “banco de recursos”, o *self*. Paul Rodriguez não só atualizou sua identidade como também a expandiu: naquele instante ele não era mais apenas um menino skatista com câncer, mas também um menino, em alguma medida, artista; pois aprendeu a valorizar a sensibilidade com o que aprendeu: por exemplo, que o câncer não tem o poder de limitá-lo a desenhar.

Já Bernardo, apesar da diferença no nível de lida com a doença em relação aos outros garotos, também teve um momento catártico significativo, o qual o levou a valorar diferentemente a nomeação simbólica. Ao externar dialogicamente suas situações interacionais críticas, ele pôde, por exemplo, compreender a contraposição entre o desamparo, tão presente em seu contexto particular, e a deferência que resulta em luta e cuidado por alguém. Assim, interpreta-se no contexto deste paciente e das intervenções da pesquisadora que solicitar ser lembrado neste estudo com o nome de uma menina, uma pessoa por quem ele mesmo mantinha atração e admiração, é uma manifestação de desejo de identificação com alguém com qualidades admiráveis e por quem as pessoas se dispõem a lutar – antagonicamente ao que comumente acontecia com ele próprio.

Por tudo isso, crê-se que a utilização de atividades artísticas como coadjuvantes no tratamento de jovens hospitalizados é importante porque leva ao contexto invasivo e doloroso da concretude da hospitalização a oportunidade da abstração, logo da resiliência como meio de suporte de desenvolvimento e de construção de recursos que promulgam a resistência e a

adaptabilidade existencial. Isso porque a abstração, como processo de entendimento da realidade através do distanciamento e ampliação das possibilidades do concreto é parte significativa da (re)elaboração psíquica, ocasionando inclusive, a transformação identitária, já que a psique e, conseqüentemente, toda a organicidade não será mais a mesma depois de um percurso significativo trilhado nos caminhos do desenvolvimento.

Arnheim (2004) argumenta que a representação abstrata, muitas vezes, é relacionada na psicologia da arte ao distanciamento de uma pessoa perante um ambiente ameaçador: é como se ela buscasse em outras formas (espaço-temporal) o conteúdo (o prazer existencial) que não se faz emergir nas interações concretas disponíveis. Na esteira deste mesmo raciocínio, quem manifesta em sua arte a concretude do “aqui e agora” está mais próximo de estar vivenciando interações equilibradas, em harmonia. Neste sentido, por ser a abstração um processo no qual se vive a realidade de forma interiorizada, ela é, por excelência, o canal pelo qual se pode avaliar e redimensionar os recursos de transformação da realidade. Por isso, um tratamento hospitalar em que não se cuida da busca de coadunação dos elementos concretos da doença (tão comuns na Medicina atual) com atividades de emersão e desenvolvimento de processos abstracionistas corre o risco de se tornar desumano, por não observar integralmente a saúde humana do paciente. Deste modo, a Arte, por ser uma simbologia com referência ao mundo concreto, uma linguagem simbólica e abstrata, pode ser experienciada com sucesso diante de uma situação adversa, na qual suportar a realidade pode ser muito doloroso. Ela pode ser um excelente fator de apoio à emersão de novos meios de se lidar com as causas que provocaram o estado em questão de desequilíbrio orgânico e de acometimento hospitalar.

Assim, se a crise orgânica e psíquica deve ser diluída rumo ao equilíbrio, pois a homeostase é o atrator inicial da ação de transformação organizacional, então, conforme indica o Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*, é possível avaliar o andamento desse processo, e conseqüentemente observar meios de intervenção, por meio, por exemplo, de desenhos. Ao se constatar que os desenhos manifestam um lidar mais presente, com o “aqui e agora” bem reconhecíveis, então as intervenções elaboradas estão surtindo um efeito de (re)aproximação do indivíduo com a sua

realidade mais viva e pertinente. Contudo, mesmo que o desenho, por se tratar de crianças e logo a abstração ser mais em nível realista, representar situações espaço-temporais distanciadas (outros países e momentos históricos, por exemplo), então os meandros da psique e da organicidade que permeiam o indivíduo ainda estão bastante instáveis e inseguros para lidar com a concretude tanto de sua corporeidade doente quanto de suas interações críticas que, de alguma maneira, têm influenciado seu estado patológico. De uma forma geral, o que está em jogo nessa linha avaliativa da intervenção baseada em atividades artísticas é a verificação das possibilidades de elaboração e aquisição de recursos resilientes que venham a permitir com que se retorne à realidade concreta de modo mais “abastecido” de recursos (LOOS-SANT’ANA; SANT’ANA-LOOS, 2013).

Neste sentido, a criatividade deverá ser o fator que mais facilmente saltará aos olhos como manifestação da transformação psíquica e, por conseguinte, da (re)vigoração da identidade. Ostrower (2013) corrobora isso ao falar a respeito da criatividade estar ligada às questões adversas na vida dos indivíduos e do processo de construção da resiliência e, portanto, da atualização da identidade como um indivíduo mais desenvolvido:

[...] não faltam exemplos de homens admiráveis que eram criativos em circunstâncias difíceis de vida, que conseguiram enfrentar situações adversas de forma não somente a sobrepujá-las se não a aprender com elas. Quando no indivíduo os processos de maturação se realizam de algum modo significativo, permitindo que ele se discrimine em si e individualize a sua visão de vida, verifica-se uma definição maior e mais seletiva na sua atitude interior perante o mundo. O indivíduo atinge novos níveis de equilíbrio, ou seja, à crescente complexidade intelectual e emocional corresponde também uma ordenação superior. (OSTROWER, 2013, p. 148).

Assim, espera-se que o tratamento dos dados desta pesquisa possa denotar e corroborar os pressupostos iniciais assumidos. Primeiramente, de que as situações de doença e hospitalização estão no âmago do que emerge de interações não saudáveis, desequilibradas, distanciadas da homeostase. Em segundo lugar, que o referencial teórico fornecido pela *Afetividade Ampliada* deu conta de subsidiar, aliado aos recursos proporcionados pela

Arte, explicações acerca dos processos envolvidos no desenvolvimento humano, sobretudo a partir dos constructos da resiliência e da identidade (permeados pelo *self* e pela alteridade), ou seja, aquilo que se denomina por esses pressupostos teóricos Célula Psíquica. Por conseguinte, tais recursos teóricos empregados puderam, de acordo com as análises que se seguiram, clarear alguns pontos complexos sobre a dificuldade de superação da crise alastrada entre a psique e a corporeidade, ou seja, de todo o estado de acometimento hospitalar. Por último, que as atividades de cunho lúdico e artístico auxiliaram no desenvolvimento dos recursos psíquicos, principalmente a abstração e sua função de (re)construção de si mesmo por meio da resiliência. Ressalta-se, desse modo, um papel mais orgânico da abstração, que vai além do uso mais “comum” (estritamente cognitivo) para a elaboração técnica e tecnológica de instrumentos externos e sociais; o que deixa menos negligenciado o papel da subjetividade para o cotidiano do desenvolvimento humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar como as práticas artísticas podem afetar processos psicológicos de crianças e adolescentes hospitalizadas de maneira a contribuir para a superação da crise, construindo recursos de desenvolvimento, para que o mesmo seja preservado da melhor forma possível.

Os indicadores de crise apresentados pelos indivíduos hospitalizados, tanto referentes à enfermidade em si como outros, de caráter interacional, adjacentes à condição de doença, foram apontados neste estudo. Partiu-se do pressuposto de que a doença física não tem origem apenas em aspectos biológicos, mas também em aspectos subjetivos e emocionais de ordem interacional, já que não se considera nesse estudo, mente e corpo elementos separados, mas, sim, unidos e em constante interação. Dentro dessa perspectiva, podemos validar que uma doença não é apenas uma desordem do corpo físico, mas que esta é cercada de fenômenos complexos ligados a forma de expressão de uma pessoa viver a sua interação com o mundo.

Esse trabalho buscou mostrar a relevância da assistência integral e da prática da humanização em locais de tratamento de saúde, em especial, com foco no desenvolvimento humano. Diante dos resultados, conclui-se que o objetivo geral foi atendido, pois este estudo demonstrou a relevância da conectividade de saberes relacionados ao cuidado, ao desenvolvimento, à humanização e às possibilidades ofertadas para a criação de recursos resilientes, o resgate da identidade, a reflexão sobre si mesmo e a construção de interações saudáveis como fator de apoio através do fazer artístico, mesmo em um momento de vulnerabilidade física e psicológica.

O presente estudo identificou e apontou alguns aspectos do resgate da identidade dos indivíduos envolvidos na pesquisa. Também compreendeu a alteridade como apoio ao desenvolvimento humano integral de um indivíduo hospitalizado e analisou algumas estratégias de enfrentamento de adversidades apresentadas. O papel da resiliência na criação de novos recursos psíquicos através da experiência com atividades artísticas, beneficiando o desenvolvimento de uma criança ou adolescente hospitalizado em situação de vulnerabilidade física e psicológica ganhou destaque nesta pesquisa.

Acredita-se que a finalidade de validação dos pressupostos teóricos mencionados no início do trabalho tenha sido atendida. Este estudo demonstrou que a doença física é um fenômeno de origem que não se limite apenas em aspectos biológicos, mas também subjetivos e emocionais de cunho afetivo, já que não se considera nesse estudo, mente e corpo elementos separados, mas, sim, unidos e em constante interação. A ideia de interconectividade e dinamicidade de fenômenos interacionais, ou seja, como um *afeta* o outro foi confirmada, pois, através dos casos aqui expostos e analisados, conclui-se que a manifestação de uma doença física é a expressão da forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo, pois qualquer interação permeia a dualidade de *afetar e ser afetado*. A doença é cercada de processos psicológicos complexos e, neste estudo, a mesma foi categorizada como a manifestação de uma crise que demonstra uma improdutiva elaboração de *afetos* somatizada em nível físico. Quando uma pessoa adoece, ela não está apenas fisicamente doente, mas o seu aparelho psíquico também está. Nós não somos apenas um corpo: somos mente, somos coração, somos uma

alma pensante, somos seres emocionais. Não há uma separação real entre mente e corpo: se um está doente, o outro também estará, pois um *afeta* o outro em uma dinâmica interacional. (Afinal, eles não estão interagindo? O resultado de tal interação é a vida!).

Nesse sentido, o hospital deveria ser um local de cuidado ao ser de modo integral: não apenas em sua doença física, mas do indivíduo que ali se encontra. A doença é a “ponta do *iceberg*”; provavelmente, já é o último sinal do qual a psique pode lançar mão como um alerta do desequilíbrio, do caos, da entropia: Como ignorar as emoções? Como ignorar a subjetividade, os processos psíquicos e a história interacional do indivíduo? Como foi pressuposto no início deste trabalho, situações de doença (e consequente hospitalização) são um alerta de que interações mal geridas estão ocorrendo no contexto de experiências do indivíduo, trazendo consequências em nível físico e psicológico e comprometendo o desenvolvimento saudável.

Pois se a doença já é um alerta, este estudo pretende ser também um: a saúde está doente. Enquanto os tratamentos médicos “avançam”, o espaço de atuação de outros profissionais que podem trabalhar em equipe com médicos e enfermeiros, como psicólogos, educadores, arte-educadores e terapeutas em geral têm diminuindo. Rudinicki (2007, p. 85) discorre que “o desenvolvimento humano está inserido no envolvimento dinâmico das interações entre homem e ambiente”. A autora menciona que existem várias pesquisas que mostram que aspectos ambientais devem ser considerados para o entendimento dos processos de adaptação dos indivíduos no percurso de suas vidas e assim, a visão integral da pessoa deve fazer parte do repertório dos profissionais da área da saúde. A postura de tal integralização deve ser considerada como um diferencial na qualidade da assistência e do cuidado e na possibilidade de um atendimento global dentro de uma compreensão multifatorial do homem e das doenças manifestadas.

Se, ainda, médicos e enfermeiros dispusessem de preparo (e tempo) para lidar com as interações emocionais que permeiam uma doença e que envolvem não só o paciente, mas o acompanhante, os colegas de quarto, o ambiente hospitalar e toda a sua história, talvez as coisas ainda não seriam tão ruins. O problema é, que nos próprios cursos de Medicina e Enfermagem, não há uma preparação satisfatória para os estudantes e futuros profissionais se

capacitem para lidar com tais questões ao se depararem com elas. Então, se os profissionais que têm uma formação que tangencia a subjetividade humana têm pouca inserção nos ambientes de atenção à saúde e os profissionais com maior inclusão em espaços de saúde apresentam lapsos nesse tipo de formação, há algo muito sério sendo ignorado. Até que ponto existem avanços nas ciências da saúde enquanto esta ciência ainda é tão dicotomizada? Enquanto não há um trabalho realmente eficaz no tratamento integral de uma pessoa doente?

O local onde esse estudo foi realizado apresentou algumas faltas nesse sentido. É possível pressupormos que este cenário se repita em outros locais. Não havia a presença constante de um psicólogo ou um terapeuta e os profissionais presentes, apesar de muito atenciosos e afetuosos (embora sem entendimento mais elaborado sobre a psique humana), não podem tomar conta adequadamente das questões psicológicas dos pacientes, pois não dispõem de tempo e nem preparo para tal. E aí se mostra uma das muitas falhas da educação formal: sempre dividindo o ser em mente ou corpo. Tratar uma doença é de extrema importância, mas qual é o verdadeiro sentido do *cuidar*?

Cuidar é perceber cada indivíduo com quem interagimos como “único” (mesmo que todos compartilhem a mesma essência), possibilitando a ele novas formas de acesso às suas potencialidades psíquicas, a despeito de apresentar limitações físicas. É incentivar a criação, não apenas técnica e artística, mas oferecer situações que oportunizem a ele se perceber, conhecer-se, desenvolver-se. *Cuidar* é mais que tratar uma doença grave: É propiciar interações plenas de alteridade: É apresentar caminhos e possibilidades para o desenvolvimento do outro para o crescimento comum.

A própria estrutura física do hospital, muitas vezes, acaba expondo os pacientes. É comum, infelizmente, casos de óbito virem à tona e todos os pacientes e seus acompanhantes acabarem tendo acesso a tal informação, causando insegurança em todos. Episódios assim acirram o estado de vulnerabilidade de quem está doente e com esperança de cura. O cuidado envolve a preservação de quem está doente: cautela e sensibilidade para não debilitar mais ainda quem já está debilitado.

Acredita-se que os objetivos da presente pesquisa foram alcançados. O modelo de desenvolvimento humano proposto pelo Sistema Teórico da

Afetividade Ampliada contribuiu significativamente para a compreensão dos processos psicológicos dos participantes. Os dados, que foram analisados qualitativamente, foram fundamentados conforme eixos de análise nos quais se pôde perceber a manifestação da enfermidade como uma crise advinda do sistema interacional mais amplo em que cada indivíduo estava inserido. Atesta-se com este estudo que é possível analisar os dados coletados dentro do esquema teórico pressuposto inicialmente, o que indica que ele pode ser verdadeiro; portanto, útil para a compreensão dos fenômenos estudados. A respeito do relevante papel da mediação como apoio externo em seus diferentes níveis no desenvolvimento humano integral de um indivíduo hospitalizado foi apontado e esclarecido dentro dos eixos e categorias de análise da presente pesquisa.

As estratégias de enfrentamento de cada participante de pesquisa diante de sua crise foram bastante específicas; porém, todos estavam passando por esse processo de elaboração da doença e da ameaça a sua integridade existencial. Recursos resilientes possivelmente foram criados, pois encontram-se nesse trabalho dados indicativos de atualizações realizadas pelo indivíduo no seu nível identitário. A resiliência, um foco de grande relevância deste estudo, foi apontada claramente enquanto viabilizadora não só da capacidade de enfrentar adversidades em si, mas, também, da capacidade mais amplificada de criar novas maneiras (recursos/referências) de encarar e de se preparar para eventuais novas situações ameaçadoras.

Cada minuto ao lado dos garotos mostrou-se fonte de grande aprendizado para a pesquisadora. A cada desenho, cada conversa, cada risada, foi possível perceber que poderia ser ofertado ainda mais a eles. Entretanto, eles foram capazes de oferecer muito mais. A lição de vida que se pode tirar a partir deste trabalho será levada para sempre.

A contribuição deste trabalho está, especialmente, em buscar demonstrar a importância de dois fatores importantes:

- Presença de um profissional que se atenha às questões subjetivas dos pacientes durante o tratamento das doenças, principalmente as graves.
- A extrema relevância da Arte como um meio para a catarse também foi mostrada, pois esta mobiliza a reestruturação da psique e a criação de mecanismos resilientes.

Portanto, o desenvolvimento do indivíduo ocorre, sustentando-se em fatores de proteção e apoio. O hospital é um local visto tantas vezes pelos pacientes como um local de esperança: oferece suporte para a cura, mas, infelizmente, na prática e na vivência cotidiana, torna-se um local ambíguo. Isso porque o medo, a insegurança e o sofrimento são constantes na vida dos pacientes, como se demonstrou neste trabalho por meio dos casos expostos.

O desenvolvimento humano necessita ser atrelado a uma abordagem holística e monista do ser: logo, tanto saúde quanto educação deveriam se preocupar não apenas em educar/curar no sentido superficial. Faz-se imprescindível questionar: qual é o real sentido de educar? Qual é o sentido real de curar? Qual o sentido de acolher e de cuidar?

Aprendendo com a situação e os sentimentos dos participantes deste estudo, talvez o mais importante seja entender que o desenvolvimento é basicamente o processo por meio do qual podemos, se o realizarmos bem, encontrar o prazer existencial do “afetar e ser afetado”. Contudo, se este for negligenciado, o caminho que estaremos trilhando será o da instabilidade, o da ambiguidade entre o estar sendo invasivo e estar sendo invadido, o da transitoriedade entre desejar a saúde e apenas conseguir fugir do padecimento... Esse é o verdadeiro sentido da resiliência: superar a falta simplesmente transformando a aparência de que não há amparo neste mundo, pois podemos encontrar nele uma fonte inesgotável de possibilidades e da vontade de estarmos bem em todas as interações; ou seja, aprender a viver!

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V.; CHIATTONE, H.; NICOLETTI, E. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1992.

ARAÚJO LFS, DOLINA JV, PETEAN E, MUSQUIM,CA, BELLATO,R, LUCIETTO, GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pes. Saúde**. 2013;15(3):53-61.

ARNHEIM, R. **Intuição e intelecto na arte**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BARBOSA, P. M. R. **Representações de crianças sobre a relação afetiva com seus professores**: uma contribuição para a compreensão do desejo de aprender. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, 2009.

BIANCHINI, D.; DELL'AGLIO, D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Paidéia**, v.16, n. 35, p. 427-436, 2006.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução Nº 41, Outubro/1995. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/conanda.htm>>. Acesso em: 10/11/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª. ed. 5ª. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRYSON, B. **Breve história de quase tudo**. Trad: Ivo Korytowski. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

CAGE, J. **A cor na arte**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

CALDIN, C. F. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 6, n.12, p. 32-44, 2001.

Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32>

Acesso em: 10/03/2014.

CALDIN, C. F. Biblioterapia para crianças internadas no Hospital Universitário da UFSC: uma experiência. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, n. 14, v. 7, p. 38-54, 2002. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2002v7n14p38/5225> Acesso em: 10/03/2014

CASSIRER, E. **A filosofia do Iluminismo**. Trad: Álvaro Cabral. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.

CATETERES venosos centrais (CVC). **Oncoguia**, 2012. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cateteres-venosos-centrais/246/593>. Acesso em: 16. Fev. 2015.

CEBULSKI, M. C. **Um diálogo entre Vygotsky e o Sistema Teórico da Afetividade Ampliada**: o teatro na educação básica e o desenvolvimento socioemocional humano. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, 2014.

CHENEY, S. **História da arte**. Trad: Sérgio Milliet. São Paulo: Rideel, 1995.

COSTA, A. G. M., *et al.* Imagens e concepções de adolescentes moradores de zonas rurais sobre saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1675-1680, 2013.

COSTA JUNIOR, A. L.; COUTINHO, S. M. G.; FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 16, 2006.

CURY, V. C. S. **Relações entre a neurociência e o ensino e aprendizagem das artes plásticas**. Dissertação (Mestrado). Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

CYRULNIK, B. **Resiliência**: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Instituto Piaget/Horizontes Pedagógicos, 2001.

DEVLIN, K. O gene da Matemática. Rio de Janeiro: Record, 2004.

DICOTOMIZAÇÃO. **Michaelis**: Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa. 2015. Disponível em < <https://michaelis.uol.com.br/> >. Acesso em 17 mar. 2015.

DUARTE JÚNIOR, J. F. **Por que arte-educação?** Campinas: Papirus, 1991.

DUARTE, N. Arte e formação humana em Lukács e Vigotski. In: Anais da 31ª. REUNIÃO ANUAL DA ANPED, Caxambu, out/2008.

DUARTE, M. L. B. Anotações sobre pesquisa tendo como objeto o desenho infantil e adolescente. In: DUARTE, M. L. B.; PIEKAS, M. I. **Desenho Infantil em pesquisa**: imagens visuais e táteis. Curitiba: Insight, 2011, p. 169-184.

EDUCAÇÃO. **Dicionário etimológico**: Etimologia e origem das palavras, 2008.

Disponível em < <https://www.dicionarioetimologico.com.br/> >. Acesso em 17 mar. 2015.

FALBO, B. C. P.; ANDRADE, R. D.; FURTADO, M. C. C; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 148-54, 2012.

FRANÇOIS, A. **Cuidar**: um documentário sobre a Medicina humanizada no Brasil. Eskenazi Indústria Gráfica, 2010.

FRANÇANI, G. *et al.* Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 27-33, 1998.

FONTES, R. S.; VASCONCELLOS, V. M. R. O papel da educação no hospital: uma reflexão com base nos estudos de Wallon e Vigotski. **Caderno Cedes**, Campinas, n. 27, p. 279-303, 2007.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolescencia Latinoamericana** [online], v. 2, n. 3, p. 2001.

Disponível em:

<http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-7130.>

Acesso em: 24/02/2015.

GARDNER, H. **O verdadeiro, o belo e o bom**: Os princípios básicos para uma nova educação. Trad: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

GRECO, C.; MORELATO, G.; ISON, M. Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. **Psicología, Cultura y Sociedad**. n. 10, v. 2, p. 81-94, 2006.

Disponível em:

<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico77Psico%2006.pdf>>. Acesso em: 26/06/2014.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss, 2009.

KLOPELL, A. J.; LOOS-SANT'ANA, H.; SANT'ANA-LOOS, R. S. Buscando conhecer o "Professor Afetivamente Ampliado": a alteridade em interações no ambiente escolar. **PsicoDom**, Curitiba, n. 12, 2013.

Disponível em:

http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_12ed/artigos.php

Acesso em: 28/02/2015.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos da metodologia científica**. Petrópolis: Vozes, 1997.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAVILLE C, DIONNE J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Trad: Heloísa Monteiro e Francisco Settineri, Porto Alegre: Artmed: Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LELIS, Soraia C.C. **Poéticas visuais em construção**: o fazer artístico e a educação (do) sensível no contexto escolar. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: 2004.

LIMA, R; AZEVEDO, E; NASCIMENTO, L; ROCHA, S. A arte do teatro *clown* no cuidado às crianças hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 1, p. 186-193, 2009.

LIMA, Carina Camilo *et al.* Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, n.48, p.139-150, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0139.pdf> acesso em 04 fev. 2015.

LOOS, H.; SANT'ANA, R. S; NÚÑEZ-RODRIGUEZ, S. I. Sobre o sentido do eu, do outro e da vida: considerações em uma ontologia acerca da alteridade e da resiliência. In: GUÉRIOS, E.; STOLTZ, T. (Orgs.). **Educação e alteridade**. São Carlos: EduFScar, 2010, p. 149-164.

LOOS-SANT'ANA, H.; SANT'ANA-LOOS, R. S. **Seminário sobre o Sistema Teórico da Afetividade Ampliada**. Curitiba, maio/2013. Curso proferido na Linha de Pesquisa Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano da Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná.

LOOS-SANT'ANA, H.; SANT'ANA-LOOS, R. S. Educação integral...? Cuidado com a entropia...! Reflexões em *Afetividade Ampliada* sobre a Educação Integral. In: PINHEIRO, M.; LIBLIK, A. M. P. (Orgs.). **A educação integral e integrada na Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: Setor de Educação da UFPR, 2014, p. 173-207.

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

MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. **Pedagogia Hospitalar**: a humanização integrando educação e saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.33-38, 2007.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N., S. **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELLEIRO, M. M., GUALDA, D. M. R. Explorando a “fotovoz” em um estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 191-193, 2005.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENÇA, V. B.; SOUSA, S. S. P. S. A criança e o processo de hospitalização: os desafios promovidos pela situação da doença. **PsicoDom**, Curitiba, n. 11, 2013. Disponível em:
http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_11ed/jul13_artigo02.php
 Acesso em: 20/08/2014.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Trad: Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORRIS, R. **O que sabemos sobre o universo: realidade e imaginação científica**. Trad: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

MOSLEY, M.; LYNCH, J. **Uma história da ciência: experiência, poder e paixão**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Vitória, v. 3, n. 1, p. 23-41, 2002.

NUNES, R. C. T.; SANTOS, R. M.; WILLIG, M. H.; MELNIK, M. X. A contação de histórias como estratégia de acolhimento na orientação pré-operatória: relato de experiência. In: WHITAKER, C. S. (Org.). **Cadernos Humaniza SUS - Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, 1ª. ed., 2012, p. 235-244.

NYKIFORUK, C.; VALLIANATOS, H.; NYKIFORUK, L. Photovoice as a method for revealing community perceptions of the built and social environment. **International Journal of Qualitative Methods**. v.10, n. 2, p. 103-124, 2011.

OLIVEIRA, L.D.B. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 306-312, 2009.

OLIVEIRA, M. E. **Teatro na escola e caminhos de desenvolvimento humano: processos afetivos-cognitivos de adolescentes**. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, 2010.

OSINSKI, Dulce. **Arte, história e ensino: uma trajetória**. São Paulo: Cortez, 2001.

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processos de criação**. Petrópolis: Vozes, 2013.

OUTEIRAL, José. Três mulheres, três destinos, uma paixão. **Revista Psique**. Ano VII, n. 93, p. 34-46, 2013.

PALUDO, K. I.; LOOS-SANT'ANA, H.; SANT'ANA-LOOS, R. S. **Altas habilidades/superdotação: identidade e resiliência**. Biblioteca Juruá de Pesquisas em Afetividade Ampliada. Curitiba: Juruá, 2014.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PEIXOTO, M. I. H. **Arte e grande público: a distância a ser extinta**. Campinas: Autores Associados, 2003.

PINHEIRO, G. R. **Afetividade e ambiente hospitalar: construção de significados pelo paciente oncológico com dor**. Dissertação (Mestrado), Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, 2009.

PORTELA, M. S. **A escola no hospital: uma lição para alunos e professores**. In: IX Congresso Nacional de Educação (EDUCERE) III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, PUCPR, out/2009.

Disponível em:

<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3263_1756.pdf >

Acesso em: 01/10/2014.

PORTO, O. **Psicopedagogia hospitalar: intermediando a humanização na saúde**. Rio de Janeiro: Wak, 2010.

RABELLO, N. **O desenho infantil**. Entenda como a criança se comunica por meio de traços e cores. Rio de Janeiro: Wak, 2013.

READ, H. **A educação pela arte**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSARI, U. V.S. **Percepções do adolescente sobre o viver com câncer**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

RUDNICKI, Tânia. Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 83-92, dez. 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a10.pdf> Acesso em: 01. Fev. 2015.

SANT'ANA, R. S. **Sociedade e existência**: crônicas sobre as distorções dos valores da vida. 2ª. Ed. Curitiba: Base, 2009.

SANT'ANA, R. S.; LOOS, H.; CEBULSKI, M. C. Afetividade, cognição e educação: ensaio acerca da demarcação de fronteiras entre os conceitos e a dificuldade de ser do homem. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 36, p. 109-124, 2010.

SANT'ANA-LOOS, R. S. **Do método e da filodoxia na compreensão da realidade**: o caso da leitura do projeto científico de L. S. Vygotsky para a Psicologia. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, 2013.

SANT'ANA-LOOS, R. S.; LOOS-SANT'ANA, H.; CEBULSKI, M. C. A Arte, a afetividade e o sistema educacional: o desenvolvimento humano em questão. **Cadernos de Pesquisa: Pensamento Educacional**, Curitiba, v. 8, n. 20, p. 55-72, 2013.

Disponível em: http://universidadetuiuti.utp.br/cadernos_de_pesquisa/
Acesso em 15/10/2014.

SANT'ANA-LOOS, R. S.; LOOS-SANT'ANA, H. A *Afetividade Ampliada* enquanto meta-teoria: breve ensaio acerca do que nos faz humanos e repercussões para a Psicologia. **PsicoDom**, Curitiba, n. 12, 2013a.

Disponível em:
<http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_12ed/artigos.php>
Acesso em: 07/09/2014.

SANT'ANA-LOOS, R. S.; LOOS-SANT'ANA, H. Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada* e a noção de interação: breve síntese epistemológica – parte I (Acerca da unificação da realidade e do método científico). **PsicoDom**, Curitiba, n. 12, 2013b.

Disponível em:
<http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_12ed/artigos.php>
Acesso em: 07/09/2014.

SANT'ANA-LOOS, R. S.; LOOS-SANT'ANA, H. Célula psíquica: a face estrutural da unidade básica da psique conforme a *Afetividade Ampliada*. **PsicoDom**, Curitiba, n. 12, 2013c.

Disponível em:
<http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_12ed/artigos.php>
Acesso em: 26/02/2015.

SANT'ANA-LOOS, R. S.; LOOS-SANT'ANA, H. **Afetividade Ampliada**. Curitiba: Juruá [no prelo].

SILVA, A.H., FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**. 2015, Vol.17. No 1.

SOARES, M. R. Z.; BOMTEMPO, E. A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 21, n .1, p. 53-64, 2004.

SORDI, A. O.; MANFRO, G. G.; HAUCK, S. O conceito de resiliência: diferentes olhares. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 13, n.2; p. 115-132, 2011.

SUS: conheça seus direitos. Instituto brasileiro de defesa do consumidor. Disponível em: <https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/sus-conheca-os-seus-direitos>. Acesso em: 02. Fev. 2015.

VALLADARES, A. C. Arteterapia com crianças hospitalizadas. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 410, 2004.

VALLADARES, A. C.; CARVALHO, A. M. P. A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica. O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**; v. 18, n., p. 64-71, 2005.

VALLADARES, A. C.; CARVALHO, A. M. P. A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 3, p. 350, 2006a.

VALLADARES, A. C.; CARVALHO, A. M. P. Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.1, p. 128, 2006b.

VALLADARES, A. C.; SILVA, M. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 443-450, 2011.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia da arte**. Trad: Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

UZUNIAN, A.; BIRNER, E. **Biologia 1**. São Paulo: Harbra, 2002.

WEDEKIN, Luana M. **Psicologia e arte: os diálogos de Vigotski com a arte russa de seu tempo**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e ciências humanas. Programa de pós graduação em psicologia, 2015.

WEISZFLOG, W. **Michaelis - Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2004.

IMAGENS

Vik Muniz (2003)

Self Portrait (I Am Too Sad to Tell You, after Bas Jan Ader)

Disponível em: <<http://artnews.org/ps1/?exi=5285>>

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Paula Caroline de Souza, pesquisadora responsável, e Helga Loos-Sant'Ana, orientadora da presente pesquisa, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), viemos por meio deste documento pedir sua autorização para que seu filho(a) ou menor sob sua responsabilidade participe do estudo intitulado “Arte-educação para crianças hospitalizadas sob a ótica do Sistema Teórico da Afetividade Ampliada”.

Este estudo pretende investigar como a situação de hospitalização afeta emocionalmente as crianças do setor pediátrico do Hospital de Clínicas da UFPR, observando as suas emoções por meio de atividades artísticas. Assim, a participação de seu filho(a) ou menor sob sua responsabilidade é muito importante por representar a situação que é tema desse estudo, considerando que a situação de hospitalização quase sempre se apresenta como uma situação difícil na vida da criança, produzindo muitas vezes, efeitos emocionais negativos. O presente estudo supõe que atividades artísticas podem contribuir na identificação e diminuição de tais efeitos. Neste sentido, este estudo pode trazer contribuições importantes para a compreensão da relação entre crianças e o ambiente hospitalar, considerando que atividades artísticas possivelmente ajudarão as crianças a enfrentar a situação de hospitalização.

- a) O objetivo desta pesquisa é descrever as emoções vivenciadas em uma situação de hospitalização por crianças e maneiras de diminuir os possíveis efeitos negativos de tal experiência através de oficinas de atividades de caráter artístico.
- b) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: seu(sua) filho(a), ou menor sob sua responsabilidade, pode ser diretamente beneficiado com o resultado dessa pesquisa, considerando o propósito de melhoria da qualidade das relações da criança consigo e com o outro no ambiente hospitalar.
- c) A pesquisadora responsável por este estudo, Paula Caroline de Souza, pode ser encontrada na Universidade Federal do Paraná, localizada na Rua General Carneiro, nº 460, Centro, Curitiba, Paraná (às terças-feiras no período da tarde), ou no telefone (41) 3053-8636 (neste telefone, às terças e quartas pela manhã) e ainda pelo endereço eletrônico pcaroline15@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as

informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- d) A Professora orientadora responsável por este estudo, Helga Loos-Sant'Ana, pode ser encontrada na Universidade Federal do Paraná, localizada na Rua General Carneiro, nº 460, Centro, Curitiba, Paraná (às terças-feiras no período da tarde), ou no telefone (41) 3107-6995 (às segundas-feiras no período da tarde) e ainda pelo endereço eletrônico helgaloos@yahoo.com.br, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- e) As atividades contarão com um total de oito sessões, duas vezes por semana, que acontecerão no próprio leito do seu (sua) filho(a) ou menor de sua responsabilidade, sem a necessidade da criança se levantar ou se locomover para outro local. No caso da criança ter vontade e condições físicas para realizar as atividades fora do leito, isso só será possível mediante a autorização da equipe de enfermagem responsável pelo setor. A Unidade de Internação da Hemato/Pediatria dispõe de uma sala para realização de brincadeiras e atividades, a brinquedoteca. No caso da criança sentir vontade e ser autorizado a realizar a atividade fora do leito, a atividade ocorrerá na brinquedoteca. Cada sessão terá duração média de 1 (uma) hora. Todas as sessões serão gravadas em áudio com um gravador que a pesquisadora levará consigo. As gravações serão utilizadas apenas para estudo posterior da pesquisadora e não serão divulgadas e nem utilizadas para outro fim. Após o término da pesquisa, as gravações serão descartadas permanentemente.
- f) Passo a passo das atividades: seu (sua) filho(a) ou menor de sua responsabilidade participará de quatro sessões de desenho, duas sessões de fotografia e duas sessões de contação de histórias.
- g) Para as sessões de desenho, a criança ganhará um kit com alguns materiais que serão de uso pessoal para todas as atividades de desenho: Prancheta para apoiar o papel, papel, lápis de escrever, lápis de cor, borracha e apontador. Durante quatro sessões, esses materiais serão utilizados para realização das atividades e serão higienizados com álcool 70 após cada encontro. Os materiais ficarão de presente para a criança após o término das sessões.
- h) Para as sessões de fotografia, será emprestada para a criança uma câmera fotográfica e será pedido que produza algumas fotografias a partir da questão: “registre algo/alguém que seja importante para você dentro do hospital”. Após isso, ela deverá escolher as fotos que mais gostou e em seguida, será convidada a contar algo a respeito das imagens, podendo escrever ou simplesmente falar para a pesquisadora.
- i) Caso a criança queira tirar foto de algum profissional de saúde, este será convidado e consultado se aceita participar da fotografia. Caso não aceite, a criança será motivada a escolher outra pessoa, objeto ou

cena para sua fotografia. As imagens escolhidas pelo participante serão impressas e entregues a ela de presente no encontro seguinte mediante autorização das pessoas que eventualmente forem fotografadas.

- j) As fotografias que ficarem no arquivo da câmera não serão utilizadas para outro fim e serão descartadas ao término da pesquisa.
- k) As sessões de contação de histórias serão basicamente uma conversa, onde a pesquisadora levará consigo alguns livros de histórias infantis e infanto-juvenis. Seu (sua) filho (a) ou menor de sua responsabilidade poderá escolher as histórias que ele (a) quer ouvir, e depois comentar algo a respeito.
- l) Todas as informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas duas pesquisadoras envolvidas, Paula Caroline de Souza e Helga Loos-Sant'Ana. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **identidade de seu filho(a) ou menor sob sua responsabilidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.
- m) Quando os resultados forem publicados, o nome de seu(sua) filho(a), ou menor sob sua responsabilidade, não será divulgado e sim um código ou pseudônimo.
- n) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- o) Em caso de eventual desconforto físico ou psicológico por parte da criança, o procedimento poderá sofrer interrupção temporariamente, e, se necessário, a pesquisadora buscará auxílio dos profissionais da equipe de saúde. A sessão poderá ser retomada em outro momento sem qualquer prejuízo.
- p) Devido ao risco de contaminação, todos os materiais utilizados pela criança serão higienizados com álcool 70 após o término de cada sessão. Essa será uma medida indispensável de precaução.
- q) As atividades artísticas propostas podem provocar lembranças e sentimentos angustiantes para a criança. Caso isso ocorra, a pesquisadora poderá conversar com a criança a respeito. Se houver necessidade, um (a) psicólogo (a) do hospital poderá ser chamado para conversar com a criança e a sessão poderá ser interrompida e retomada em outro momento.

- r) A sua participação e a de seu (a) filho (a) neste estudo são voluntárias e se você ou seu filho (a) não quiserem mais fazer parte da pesquisa poderão desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- s) A recusa ou desistência em participar não precisa ser justificada e não acarretará nenhum prejuízo ao tratamento da criança.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual autorizei meu filho(a) ou menor sob minha responsabilidade em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper a participação do(a) mesmo(a) a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo e autorizo voluntariamente que meu filho(a) ou menor sob minha responsabilidade participe deste estudo.

(Assinatura responsável legal)

Local e data

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
--

ANEXO B**TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: Arte-educação para crianças hospitalizadas sob a ótica do Sistema Teórico da *Afetividade Ampliada*

Pesquisadora: Paula Caroline de Souza

Local da Pesquisa: Hospital de Clínicas da UFPR

Endereço: Rua General Carneiro, 181 - Alto da Glória, Curitiba – PR.

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informações ao Paciente:

O que é uma pesquisa?

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de entender alguns processos emocionais que ocorrem com os adolescentes quando estão hospitalizados e como atividades artísticas podem auxiliá-los em um momento tão difícil da vida.

Para que fazer a pesquisa? Como será feita? Quais os benefícios esperados com a pesquisa?

A realização desse estudo é importante porque ele contribuirá com informações

sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente que estão hospitalizados e melhores intervenções para poder ajudá-los a passar por esse momento de crise e dificuldade.

A pesquisa será feita através de oficinas artísticas que envolvem atividades com desenho, fotografia e contação de histórias e serão realizadas no próprio leito onde você estiver. Caso você esteja bem e a equipe de enfermagem liberar, as oficinas poderão ser realizadas em outro local. A Unidade de Internação da Hemato/pediatria dispõe de uma sala para realização de brincadeiras e atividades, a brinquedoteca, que pode ser utilizada nesses casos. As oficinas serão gravadas apenas em áudio com um gravador que a pesquisadora levará consigo em todos os encontros. Depois do término da pesquisa, tanto os áudios quanto as fotografias que ficarem nos arquivos das câmeras serão apagados permanentemente.

A pesquisa é anônima, ou seja, se você decidir participar, não aparecerá seu nome verdadeiro. A pesquisadora irá solicitar que você escolha um nome fictício que irá te representar. Pode ser qualquer nome.

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Caso você aceite participar, você participará de alguns encontros com a pesquisadora, onde será solicitado que você faça alguns desenhos, tire algumas fotos segundo um tema proposto e também, participe de uma contação de histórias (não se preocupe, isso será muito mais uma conversa). Cada encontro durará em média, 1 hora. Existe o risco de que talvez, durante as atividades, você se sinta um pouco mal fisicamente ou emocionalmente. Nesse caso, a pesquisadora buscará auxílio de um profissional da saúde, como um(a) enfermeiro (a) ou um(a) psicólogo (a) e a atividade poderá ser retomada depois. Se você se sentir constrangido, ou desconfortável com alguma questão, você é livre para desistir das oficinas de atividades a qualquer momento e não precisa justificar a sua desistência.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) Investigador(a) do estudo Paula Caroline de Souza, pelo celular (41) 9811-5020 ou pelo telefone (_____ Rubricas:
pcaroline15@gmail.com. Se você tiver dú Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
 de pesquisa, você pode contatar o Comitê Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
 (CEP) do Setor de Ciências da Saúde
 telefone 3360-7259. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

_____	_____	_____
NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
_____	_____	_____
Paula Caroline de Souza	ASSINATURA	DATA

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE A

Exemplo de prancha com historieta para verificação de estratégias de enfrentamento

(instrumento para estudo de *coping* em crianças criado pela

Profa. Dra. Helga Loos-Sant'Ana)

H1) Mário gosta muito de jogar bola, mas, apesar disso, ele não joga muito bem. Em algumas aulas, a professora de Educação Física deixa a turma jogar futebol. Quando chegou a aula de Educação Física dessa semana, a professora deixou jogar futebol, mas na hora de montar os times, Mário não foi escolhido para nenhum deles. Assim, ele teria que ficar fora do jogo, o que o deixou muito zangado. O que Mário poderá fazer nessa situação?

