



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGIA
CURSO DE PSICOPEDAGOGIA



NÁJILA BIANCA CAMPOS FREITAS

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
CÂNCER SOBRE A REINSERÇÃO ESCOLAR**

João Pessoa/PB
2013

NÁJILA BIANCA CAMPOS FREITAS

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
CÂNCER SOBRE A REINSERÇÃO ESCOLAR**

Monografia apresentada ao Curso de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicopedagogia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Nunes da Fonsêca.

João Pessoa/PB
2013

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
CÂNCER SOBRE A REINserÇÃO ESCOLAR**

NÁJILA BIANCA CAMPOS FREITAS

Banca examinadora:

Patrícia Nunes da Fonsêca

Prof.ª Patrícia Nunes da Fonsêca (UFPB, *Orientador*)

Geovani Soares de Assis

Prof. Dr.º Geovani Soares de Assis (UFPB, *Membro*)

Viviany Silva Pessoa

Prof. Dr.º Viviany Silva Pessoa (UFPB, *Membro*)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes com câncer, e a suas respectivas famílias. Desejo que a vossa vida seja um paradigma de superação e fé para nossa sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Deus, por ter sido meu cúmplice durante toda minha vida. Obrigada por me ensinar que para alcançar os meus sonhos eu teria que trilhar um caminho misterioso, ora de tristeza ora de alegria. Mas, que independente dessas circunstâncias eu os conquistaria. Obrigada por ser a minha alegria de todos os meus dias e o motivo que me faz continuar. És meu Amigo favorito.

Agradeço aos meus lindos pais José Freitas e Claudeci Campos por terem me dado a oportunidade de vir ao mundo, por terem me ensinado a buscar não as maiores, mas os melhores sonhos. Obrigada, pois é com vocês que sempre poderei contar, perto ou longe, sempre terei a vossa proteção. Vocês são únicos e insubstituíveis. O meu amor por vocês é vitalício.

Agradeço a minha irmã linda Jéssica, és a irmã mais legal, mais carinhosa e mais engraçada. Obrigada por cuidar de mim, obrigada por ter me incentivado a nunca desistir dos meus sonhos, por mais malucos que sejam, kkkkk. És um exemplo de humildade e perdão. Eu te amo a cada dia mais.

Agradeço a Rui e Sueli, Sema e Rubinho e Rut, tenho vocês como pais e mães, obrigada por terem me ajudado a realizar meus sonhos, por não terem medidos esforços para ver esse rostinho lindo feliz. Obrigada pelo carinho e apoio. Vocês são especiais e sempre irão fazer parte da minha vida.

Agradeço as minhas irmãs lindas, Mííh, Táah, Tam, Helo e Nah. Palavras são indispensáveis para descrever meu amor por vocês. Afinal, nossa amizade é inexplicável, o que posso dizer é que foi um dos presentes mais perfeitos que Deus me concedeu. Entre as poucas coisas que tenho certeza nessa vida, é que vocês sempre estarão presentes em todos os verões, invernos, primaveras e outonos da minha vida. O meu amor por vocês é incondicional e atemporal.

Agradeço a Teacher Patrícia Nunes, por ter feito parte de toda a minha formação acadêmica. Mas, mais que isso, por suas belas palavras, por seus lindos gestos de amor. Teacher, seus ensinamentos sempre serão modelos para minha vida pessoal e acadêmica. Obrigada por ter me deixado fazer parte de sua vida de uma forma tão especial. És uma mãe, uma amiga e quero poder estar sempre perto de você.

Agradeço a Eugênia, por ter sido uma irmã, amiga e companheira. É impossível descrever aqui o que você já fez por mim, às vezes fico pensando se mereço sua amizade. Obrigada menina meiga, por ter suportado meus estresses. Obrigada por ter chorado junto comigo. E entre tantas outras coisas, obrigada por organizar minha vida acadêmica. Te amo miiitão.

Agradeço as Psicointeletu's Cris, Gaby, Mariângela, Eliane, Thaismá, Thaísa e Sthéfane. Obrigada porque meus dias e o meu sorriso não teriam o mesmo brilho se vocês não estivessem comigo. Os ensinamentos de vocês serão indispensáveis para o meu sucesso. Obrigada por terem me suportado, sei que não foi fácil aguentar alguém tão intolerante como eu, kkkkkkkkkkkkk. Esse tempo que passamos juntas me fez ver que, apenas de vivemos em um mundo egoísta, é possível construir amizades sólidas em tempo breve.

Agradeço as teacheres, Viviany, Carla, e Adriana pelas perfeitas aulas, hahahaah, sem vocês minhas manhãs não seria tão legais e meu conhecimento seria restrito. Obrigada pelas muitas gargalhadas e momentos de descontração. Obrigada pelas palavras de apoio, elas me ajudaram a continuar. Tenho um carinho especial por vocês. Agradeço as professoras Andréia e Geovani pelo carinho e compreensão, vocês foram indispensáveis para minha construção pessoal e profissional.

Agradeço a todos os integrantes do grupo de pesquisa NEDHES, em especial, agradeço a JerSSya, Patrícia e Jaci, obrigada pelas palavras de incentivo e por terem me mim ajudado quando eu mais precisei, o que vocês fizeram por mim jamais esquecerei. Espero poder fazer muito mais por cada uma, pois vocês merecem.

Agradeço a todas as crianças e adolescentes com câncer e suas famílias, por terem concordado a participar desse trabalho. Obrigada pela paciência e carinho que tiveram comigo.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram direto ou indiretamente para minha formação profissional.

*Estar aqui é sempre tão difícil, olhar em volta e não
ver mais que a escuridão, mesmo assim estou de pé,
não tenho nada além de um sonho e uma inesgotável
fé, isso me faz insistir.
(Nívea Soares)*

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER SOBRE A REINSERÇÃO ESCOLAR

RESUMO: O câncer na infância e na adolescência é compreendido como um momento doloroso e confuso para o paciente e seus familiares, podendo ocasionar o afastamento dos espaços sociais. Desta feita, há necessidade do indivíduo reconstruir suas representações sobre a vida, a morte, as pessoas com quem convive e os ambientes que outrora frequentava, a exemplo da escola, para que aprenda a conviver com a doença. Para sua execução, adotou-se a Teoria das Representações Sociais, que busca compreender a maneira como os sujeitos nomeiam e definem conjuntamente os acontecimentos do cotidiano, tomam decisões e posicionam-se frente a eles. Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar as representações sociais das crianças e adolescentes com câncer sobre a reinserção escolar. Participaram deste estudo quatro pacientes oncológicos com idades variando entre nove e treze anos, distribuídos igualmente em função do sexo, sendo duas meninas e dois meninos, residentes de cidades do interior do Estado da Paraíba. Os participantes responderam uma *entrevista semiestruturada*, o *desenho-estória com tema* e o *questionário sociodemográfico*. Os dados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados revelaram que esse grupo representa a reinserção escolar como um momento de esperança, de retorno às atividades diárias e que promove o desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Contudo, mostraram também que esse momento pode está associado a representações negativas, na medida em que, expõe suas modificações corporais e os impedi de ingerir determinados alimentos que são oferecidos no lanche da escola, isso acaba causando constrangimento e desconforto, pois, os impedem de algumas regalias que seus colegas possuem como, jogar bola, correr e pular. A partir dessa problemática, pode-se afirmar que a assistência direcionada a criança e ao adolescente com câncer deve tentar proporcionar uma melhor qualidade de vida, levando em consideração as implicações sociais, afetivas e cognitivas causadas pelo adoecimento e, conseqüentemente as representações que foram atribuídas a respeito da sua reinserção escolar. Em referencia a isso, a psicopedagogia é uma área do conhecimento que se destaca entre as demais, pois intervém considerando os fatores físico, emocional, psicológico, pedagógico, social e cultural. Desse modo, a partir desse estudo pode-se considerar que as representações sociais que as crianças e adolescentes oncológicos atribuem acerca da reinserção escolar podem contribuir para o seu ajustamento escolar e emocional, atitudes positivas frente à escola e carreira profissional. Contudo, quando os atores sociais (professores, diretor, coordenador, assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos, etc.) não disponibilizam de uma assistência qualificada e de um espaço que promova o bem-estar, as representações desse grupo podem estar associadas a fatores negativos como a desmotivação, baixa autoestima e a evasão. Portanto, faz necessária a formação e capacitação dos profissionais, bem como, a execução de projetos que favoreçam a comodidade, aprendizagem e socialização desses educandos.

Palavras-chave: Crianças. Adolescentes. Câncer. Reinserção escolar. Representações sociais.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER ON SCHOOL REINSERTION

SUMMARY: Cancer in childhood and adolescence is understood as a painful moment and confusing for the patient and their family, and may cause the expulsion of social spaces. This done, there is the need of the individual rebuild their representations about the life, death, the people with whom she lives and environments that once frequented, the example of the school, to learn to live with the disease. For its implementation, the Theory of Social Representations, which seeks to understand how the subject shall appoint and define together the events of daily life, make decisions and are positioned forward to them. Thus, the present study aimed to analyze the social representations of children and adolescents with cancer on the reintegration into school. Participated in this study four oncology patients with ages ranging between nine and thirteen years, equally distributed on the basis of gender, being two girls and two boys, residents of county of the State of Paraiba. The participants answered a semi-structured interview, the drawing-story with theme and the demographic questionnaire. The data were analyzed from the Content Analysis of Bardin. The results revealed that this group represents the reintegration into school as a moment of hope, to return to daily activities and that promotes the emotional development, cognitive and social. However, also showed that this moment can be associated with the negative representations, in so far as, exposes his body changes and the prevent of ingesting certain foods that are offered in the school snack, this ends up causing embarrassment and discomfort, therefore, preventing them from some perks that their colleagues have as, playing ball, running and jumping. From this problem, it can be stated that the targeted assistance to children and adolescents with cancer should attempt to provide a better quality of life, taking into consideration the implications social, affective and cognitive disorders caused by illness and, consequently the representations that have been assigned to respect their reintegration into school. In reference to this, the psychopedagogy is an area of knowledge that stands out among the others, because it involved considering the factors physical, emotional, psychological, educational, social and cultural. In This way, from this study it can be considered that the social representations that children and adolescents attribute about the reintegration into school can contribute to your school adjustment and emotional, positive attitudes toward the school and professional career. However, when social actors (teachers, director, coordinator, social workers, psychologists, educational psychologists, etc.) does not provide for a qualified assistance and a space that promotes the well-being, the representations of this group can be associated with the negative factors such as motivation, low self-esteem and the evasion. Therefore, it is necessary the formation and training of professionals, as well as, the implementation of projects that promote the convenience, learning and socialization of these learners.

Keywords: Children. Adolescents. Cancer. School Reintegration. Social Representations.

LISTA DE TABELA E FIGURAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.....	35
Figura 1 – Etapas operacionais de Análise de Conteúdo.....	38
Figura 2 – As representações das crianças e adolescentes acerca da reinserção escolar.....	39
Figura 3 – As representações das crianças e adolescentes acerca da prática pedagógica do professor.....	42
Figura 4 – As representações das crianças e adolescentes acerca do contexto escolar.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
PARTE I - MARCO TEÓRICO	14
2 O CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	14
2.1 <i>Câncer</i>	14
2.2 <i>Incidência</i>	14
2.3 <i>Descrição de alguns tipos de câncer na infância e adolescência</i>	15
2.4 <i>Diagnóstico</i>	16
2.5 <i>Tratamento</i>	16
2.6 <i>Implicações dos efeitos colaterais na vida da criança ou adolescente</i>	18
2.7 <i>O sistema familiar frente ao processo de adoecimento do filho (a)</i>	20
3 A REINserÇÃO ESCOLAR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER	23
3.1 <i>O sistema educacional frente ao sujeito com câncer</i>	23
3.2 <i>O psicopedagogo frente à reinserção escolar do aprendente com câncer</i>	26
4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
4.1 <i>Breve Histórico</i>	28
4.2 <i>O fenômeno das Representações Sociais</i>	29
4.3 <i>Formação das representações sociais</i>	30
4.4 <i>As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos</i>	33
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	35
5 MÉTODO	35
5.1 <i>Delineamento</i>	35
5.2 <i>Participantes</i>	35
5.3 <i>Instrumentos</i>	36
5.4 <i>Procedimento</i>	36
5.5 <i>Tabulação e Análise dos Dados</i>	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
6.1 <i>Resultados referentes às entrevistas</i>	39
6.1.1 <i>As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos acerca da reinserção escolar</i>	39
6.1.2 <i>As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos acerca da prática pedagógica do professor</i>	42
6.1.3 <i>As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos sobre o contexto escolar</i>	44
6.2. <i>Resultados referentes aos Desenhos-estórias com Tema</i>	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERENCIAS	
ANEXOS	63
ANEXO A – Carta de anuência.....	64
ANEXO B – Folha de rosto (Comitê de Ética).....	65
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
APÊNDICES	67
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturado.....	68
APÊNDICE B – Desenho-Estória com Tema (PDE-T).....	69
APÊNDICE C – Questionário Sociodemográfico.....	70

1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento na infância e adolescência pode provocar um desajuste emocional no interior da família e o afastamento do paciente dos espaços sociais. Além disso, pode acarretar consequências educacionais à vida do paciente, tais como, baixo desempenho acadêmico e evasão escolar (MOREIRA, 2002; RIBEIRO; JÚNIOR, 2009).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2009) o câncer, também denominado de tumor ou neoplasma maligno, é uma doença crônica, que possui um crescimento celular descontrolado e irreversível, sua proliferação pode acontecer em diversas regiões e tecidos do corpo humano. O longo período de tratamento e as constantes internações provocam uma ruptura com os espaços sociais que antes frequentavam como, ir à escola.

O câncer na infância e adolescência é considerado um problema de saúde pública, embora tenha-se investido no aperfeiçoamento tecnológico para detecção precoce do diagnóstico e melhores condições de tratamento. Em razão desses avanços, a probabilidade de sobrevivência tem crescido em todos os continentes. Nos Estados Unidos e na Europa disponibilizam de serviços mais qualificados para o tratamento das neoplasias, portanto, a sobrevida é de aproximadamente 65% a 75% (LI J et al., 2008). Percebe-se que o índice de sobrevida global de câncer nos últimos anos é mais acentuado nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento, o que pode ser justificado devido à desqualificação dos serviços especializados e a dificuldade do acesso a esses serviços (SILVA, 2012).

A incidência do câncer nessa população tem crescido cerca de 1% ao ano, no entanto, o índice de mortalidade tem diminuído. Devido os avanços nos tipos de tratamento, a taxa de sobrevida a um prazo de cinco anos está se aproximando dos 80%. Esse avanço revela um crescimento de uma população de jovens sobreviventes de câncer. Nesse contexto, apesar do índice ter aumentado, no Brasil, os estudos sobre os prejuízos cognitivos e sociais ocasionados pelos tratamentos são restritos (DI NAPOLI, 2010).

Diante dessa problemática, é possível verificar que a assistência a crianças e adolescentes com neoplasia não se limita apenas aos aspectos relacionados à cura, mais também às inferências físicas, psicológicas, cognitivas e sociais que frequentemente surge após o adoecimento. Assim, além dos cuidados de saúde e do apoio familiar, necessitam da assistência dos espaços sociais, a exemplo da escola (ORTRIZ; LIMA, 2007).

Sabe-se que a escola é determinante para o desenvolvimento cognitivo social e afetivo do sujeito, igualmente, vale destacar que esse processo é vitalício na vida do ser humano. É nesse espaço que se constroem parte da identidade, adquirem conhecimentos, assim como,

princípios éticos e morais que são estabelecidos pela sociedade. Além disso, tem a oportunidade de inserir nesse espaço suas expectativas, dúvidas, inseguranças e perspectivas em relação ao futuro (BORSA, 2007).

Apesar de terem se submetidos a tratamentos invasivos e dolorosos que provocam entre outros efeitos, a queda de cabelo, a restrição a atividades que possam trazer danos físicos e controle a certos tipos de alimentos, percebe-se que a taxa de sobrevivência tem aumentado. Em razão disso, a reinserção escolar desse grupo é indispensável. Assim, surge uma inquietação a respeito de quais as representações que as crianças e os adolescentes carregam em seu imaginário acerca da reinserção escolar.

Com base nisso, adotou-se para esse estudo a Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici em 1961 o qual buscou compreender a maneira como os sujeitos nomeiam e definem conjuntamente os acontecimentos do cotidiano, e assim, tomam decisões e posicionam-se frente a eles. A partir desse processo, é possível perceber o conjunto de significados internalizados pelas crianças e adolescentes com câncer acerca da reinserção escolar (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001).

As representações sociais é uma forma de conhecimento que tem por tarefa a formação de comportamentos, a transmissão e recepção de mensagens entre os atores sociais. Portanto, o processo de construção das representações sociais ocorre quando os indivíduos correlacionam suas experiências passadas com os acontecimentos presentes, dando continuidade à construção de ideias e significados (MOSCOVICI, 2010).

Nesse sentido, Praça e Novaes (2004) enfatizam que a representação não se restringe a uma simples repetição de ideias e pensamentos, mas, sim, através de um conhecimento prévio é possível reconstruí-los, e assim, formar uma nova interpretação. Logo, essa construção acontece por meio das relações sociais estabelecidas entre os sujeitos.

A propósito do que se expôs, a presente monografia teve por objetivo geral analisar as Representações Sociais das crianças e adolescentes com câncer sobre a reinserção escolar. Especificamente, busca-se identificar os significados que as crianças e adolescentes com câncer atribuem à reinserção escolar, conhecer a percepção das crianças e adolescentes com câncer acerca da prática pedagógica do professor no retorno à escola e saber a representação que as crianças e adolescentes com câncer apresentam acerca do contexto escolar.

Portanto, a presente monografia está organizada da seguinte maneira. A primeira parte denominada de “Marco Teórico” apresenta dois tópicos: no primeiro, *O câncer na infância e adolescência*, apresenta-se a definição do câncer, a incidência, alguns tipos de cânceres, o diagnóstico, os tipos de tratamentos e as implicações dos efeitos colaterais para a vida do

sujeito. Ademais, será discutida a família frente ao adoecimento do filho (a), o processo de reinserção escolar e o papel do psicopedagogo frente a essa situação. No segundo, *a Teoria das Representações Sociais*, aborda-se a formação dessa teoria, a constituição das representações e alguns estudos correlatos com o câncer e a reinserção escolar das crianças e adolescentes.

A segunda parte é intitulada “Estudo Empírico” em que será apresentado o delineamento utilizado para realização da pesquisa, o método, os resultados, as discussões do estudo e, por último, as considerações finais, que serão descritas as limitações, contribuições e aplicabilidade desse estudo para pesquisas futuras. Por fim, são apresentados as referências bibliográficas, os anexos e apêndices.

PARTE I - MARCO TEÓRICO

1 O CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

2.1 O Câncer

O câncer ou neoplasia maligna é atualmente considerado uma doença crônica, sobretudo, apesar dos avanços tecnológicos na identificação do diagnóstico, tratamento e do prognóstico ainda é extremamente temido e associado à morte tanto pela pessoa que é acometido quanto pelos familiares (CARDOSO, 2007). Esta doença tem origem no organismo humano a partir da modificação de células que de forma acelerada e desordenada se multiplicam e rapidamente se proliferam para os demais órgãos alterando seu funcionamento (SILVA et. al., 2009; INCA, 2008).

Segundo dados do INCA (2011), as estimativas para o ano de 2012 deverá ser de aproximadamente 11.530 novos casos de câncer para a população de até 19 anos de idades. Além do que, o câncer em infanto-juvenil se comparado aos adultos, tendem a apresentar menores períodos de latência, geralmente apresentam um crescimento mais acelerado e são mais agressivos, todavia, tendem a corresponderem de forma mais positiva ao tratamento (DI NAPOLI, 2010; CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004).

Os tipos e a frequência dos tumores infanto-juvenis são significativamente diferentes dos que acometem os adultos, tanto à localização, quanto os tipos histológicos e os comportamentos clínicos (BRAGA; LATORRE; CURADO, 2002). Inversamente, a realidade entre os adultos com idades superiores a vinte e um anos é diferente, pois de acordo com os dados, 60% a 80% dos casos provêm de mutações celulares induzidas por fatores ambientais, isto é, uso de cigarro, bebidas alcólicas (PETRILLI et al., 1997).

2.2 Incidência

Os cânceres em crianças e adolescentes estão inseridos em um grupo bem específico, pois os fatores de risco ainda não estão bem definidos (INCA, 2007). Sua incidência pode acontecer em diferentes idades e em ambos os sexos, com prevalência no sexo masculino. O aparecimento é frequente em crianças de idades mais precoces (0-4 anos), com exceção dos linfomas, carcinomas e tumores ósseos que predominam a faixa etária de 10 a 14 anos (DI NAPOLI, 2010;).

Em países desenvolvidos o índice de casos representa a segunda causa de morte entre pessoas com a faixa etária de 0 a 14 anos, ficando atrás apenas dos fatores externos, como

acidentes (DI NAPOLI, 2010). No Brasil a realidade não é diferente, de acordo com o INCA (2011) o número de casos novos para a população abaixo de 19 anos representa um percentual de 2% a 3%, se mantendo como a segunda causa de mortalidade.

Dessa forma, as informações acerca da etiologia que ocasionam o câncer em crianças e adolescentes ainda são limitadas. Isso se dá em razão de seu curto período de latência, no entanto, pode-se observar que as exposições durante a vida intrauterina são os fatores de risco que mais se associam (INCA, 2012).

A suscetibilidade aos elementos causadores do câncer é definida pelo material genético do sujeito. Sendo assim, algumas pessoas são mais propensas que outras à exposição de substâncias carcinogênicas, e essa suscetibilidade geralmente é compartilhada entre os membros de uma mesma família, assim, dificilmente o câncer advém de um componente hereditário (MOREIRA, 2002).

2.3 Descrição de alguns tipos de câncer na infância e adolescência

Os tipos mais frequentes de cânceres nas crianças e adolescentes são as leucemias, os linfomas e os tumores do sistema nervoso central (LE MOS; LIMA; MELLO, 2004). Em geral, os sintomas são febre, alterações no peso e dor generalizada. O tratamento, por sua vez, ocasiona fadiga, irritabilidade, dores de cabeça, entre outros, prejudicando assim, as atividades habituais das crianças e adolescentes (MALTA, 2007).

As leucemias, especialmente a aguda, compõem o grupo mais comum das neoplasias. As possíveis causas advêm de efeitos de irradiação, exposição a drogas quimioterápicas, fatores genéticos, imunológicos e exposições a algumas viroses (DI NAPOLI, 2010). Na maioria das populações, as leucemias encontram-se aproximadamente entre 25% e 35% dos demais tipos, estando presente entre os menores de 15 anos (INCA, 2009).

Os tumores do sistema nervoso central representam o segundo tipo das neoplasias mais frequente em crianças e adolescentes, correspondendo 17% a 25% dos casos (RODRIGUES; CAMARGO, 2003). As queixas relatadas pelos pacientes são múltiplas e progressivas, alguns dos sintomas apresentados são vômito e cefaleia. Mudanças de comportamento e alterações no rendimento escolar são sinais de alerta que devem ser observados e avaliados (DI NAPOLI, 2010).

Os linfomas compõem o terceiro grupo de neoplasias mais comuns entre a faixa etária pediátrica, representando 7% das neoplasias na criança. Seus sintomas iniciais são febre de origem indeterminada, sudorese noturna e perda de peso (DI NAPOLI, 2010). A imprecisão

dos sinais e sintomas do câncer na infância e na adolescência é confundida com outras doenças comuns, por isso pode ocasionar um atraso na identificação do diagnóstico.

Já o tumor de wilms é classificado como um tumor renal maligno, considerado o mais comum entre os tipos renais, e comumente é apresentado em crianças menores de cinco anos, entre ambos os sexos. Um dos sinais presentes está à massa abdominal que surge de forma inesperada (TAKAMATU, 2006).

2.4 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer na infância e adolescência é um processo complexo e repleto de variáveis, a exemplo do tempo para sua detecção, idade do sujeito, tipo de câncer que o influenciam. Identificar o diagnóstico do câncer não é algo simples, pois, em geral, os sintomas surgem de forma menos intensa e são os mesmos apresentados em outras doenças consideradas comuns para essa população, a exemplo da febre e dores no corpo (RODRIGUES; CAMARGO, 2003; MOREIRA, 2002).

Em consequência do despreparo da equipe médica, das condições socioeconômica e culturais da família, na maioria das vezes, a identificação do diagnóstico da doença é acidental. Em casos em que há o retardamento do diagnóstico, as consequências são desfavoráveis para a vida das crianças/adolescentes, e isso acarretará um tratamento mais agressivo, menores chances de cura e incidência de danos físicos prolongados (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).

Após a confirmação do diagnóstico, o sujeito oncológico e sua família são inseridos em uma nova realidade que causa desconforto e desequilíbrio emocional nos membros da família. Quanto a isso, Rodrigues e Camargo (2003) descrevem que ao se realizar um diagnóstico precoce é possível alcançar melhores possibilidades de cura e mínimas consequências psicológicas, afetivas e sociais, além de favorecer um tratamento menos invasivo.

2.5 Tratamento

O processo de tratamento do câncer tem duas intencionalidades, uma de conduzir a cura, almejando a eliminação completa da doença e outra, como forma paliativa, visando o controle e minimização da dor (MOREIRA, 2002). Em consonância Camargo e Kurashima (2007) descrevem que os atuais tipos de tratamentos têm o objetivo de aumentar as taxas de sobrevida e minimizar os efeitos colaterais tardios.

Existem vários tipos de tratamento que podem ser utilizados isoladamente ou em conjunto, os mais conhecidos são a quimioterapia, radioterapia, cirurgia e o Transplante de Medula Óssea (TMO) (MOREIRA, 2002; MALTA, 2007). A quimioterapia é um tipo de tratamento baseado na administração de substâncias químicas aplicadas no paciente. Os medicamentos atuam nas células cancerígenas, principalmente, durante a divisão celular, interferindo na duplicação de seu DNA e na produção de proteínas. A ação destas substâncias se expande por todo o corpo, exceto no sistema nervoso.

O procedimento quimioterápico provoca alterações físicas e emocionais, além de alterar a rotina do paciente e dos demais membros da família. Frequentemente ocorre a queda na produção das células do sangue, ocasionando entre outras coisas, indisposição física. A alopecia (queda do cabelo) e o sangramento nasal e bucal também podem surgir com o uso da medicação (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

A radioterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza radiações ionizantes no combate ao tumor, com o objetivo de atingir células malignas, impedindo a sua proliferação. Sua ação é realizada em um local específico, atuando na destruição das células anormais através da modificação da estrutura do DNA. Os efeitos provocados por essa terapia causa desconforto e interrompem ou limitam suas atividades cotidianas (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2005; MOREIRA, 2002).

A cirurgia tem como objetivo a remoção mecânica de todas as células infectadas, assim é feito a retirada de uma quantidade significativa de tecidos e gânglios linfáticos que se encontram ao redor do tumor. Já o Transplante de Medula Óssea é realizado a partir de altas doses de quimioterápicos, que podem vir associado a radioterapia. Esse procedimento permite que a medula óssea seja destruída e seja inserida outra (MOREIRA, 2002).

Considera-se que a criança ou adolescente se encontram fora de risco, isto é, curados quando se mantém sem recidiva por um período de 5 anos. Nesse universo, pode-se verificar que o índice de sobrevivência nesta população tem crescido 70% para 80% (GONÇALVES; VALLE, 1999; INCA, 2012). O avanço no tratamento das neoplasias vem buscando cada vez mais proporcionar ao paciente uma qualidade de vida e um bem-estar social, do ponto de vista físico, intelectual, emocional e social (FRANÇOSO; VALLE, 1999; MELO, 2003).

Nesse universo de sobrevivência, o adoecimento constitui uma experiência estressante, para o paciente e sua família. O isolamento social, em virtude dos longos períodos de internações, e a readaptação alimentar podem permanecer por vários anos após o tratamento, remetendo o sujeito a adquirir novos conhecimentos e atribuir a esses novos significados (ARAÚJO, 2006). Desse modo, faz necessário conhecer as modificações que os efeitos

colaterais provocam na vida da criança ou adolescente, assim como a família reage frente ao adoecimento do seu filho e qual a importância da escola para a vida desse sujeito, principalmente durante seu retorno, isto é, a sua reinserção.

2.6 Implicações dos efeitos colaterais na vida da criança ou adolescente

O adoecer para o infanto-juvenil é um momento de grande tensão, demarcado por sentimento de tristeza, ansiedade, medo, abandono e dúvidas “no caso do câncer, a enfermidade é particularmente estigmatizada pela sociedade” (ROLIN; GÓES, 2009, p.512). Essas reações emocionais perpassam por suas vidas desde o surgimento dos primeiros sintomas, acompanhamentos e dos tratamentos ambulatorio/hospitalar que são realizados por períodos indeterminado.

O tratamento clínico em pessoas com câncer se dá de forma agressiva, invasiva e prolongada, refletindo de forma intensa e, muitas das vezes, permanente na vida dos pacientes. Esse procedimento causa indisposição e desmotivação ao paciente, com isso, suas relações afetivas (família, amigos, professores) são afetadas (ROLIM; GOES, 2009; SILVA, et. al., 2009).

Em razão disso, nem sempre o comunicado de que o tratamento foi finalizado é recebido pelo paciente e sua família de forma prazerosa, pois seus sentimentos de felicidade parecem não ter o mesmo significado de recuperação se comparado às doenças comuns, isso ocorre em virtude do impasse entre a certeza da cura e o temor do retorno da doença (ROLIM; GOES, 2009).

Quanto a essa realidade Nigro (2004) afirma que quando o sujeito é acometido por um câncer pode apresentar comportamentos de violência em detrimento da necessidade de longos períodos de internações e das diversas consequências que são submetidos, a exemplo das mudanças físicas, afastamento das atividades diárias e dos relacionamentos sociais.

Cagnin, Liston e Dupas (2004) realizaram um estudo buscando identificar o significado que a criança atribui ao adoecimento e as causas da doença. Os resultados mostraram que a criança enfatizou que a descoberta do diagnóstico de câncer, remete o paciente e sua família a sentimentos de tristeza, dor, negação, causando um desequilíbrio emocional na dinâmica familiar.

Apesar dos avanços da medicina, os tratamentos disponíveis ocasionam diversas consequências físicas e psicológicas para a vida paciente. Em virtude disso, vários estudos têm sido desenvolvidos acerca das implicações que os efeitos colaterais causam na vida da criança/adolescente. Diversos são seus sintomas, a exemplo da apatia, náuseas, vômitos,

alterações de peso, dores de cabeça, diarreia e a queda de cabelo (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010; ANDERS; SOUZA, 2009). Além disso, com o passar do tempo, os meninos podem se tornarem inférteis (MENDONÇA, 2000).

Cicogna, Nascimento e Lima (2010) após realizarem um estudo com crianças em tratamento quimioterápico verificaram que o efeito colateral é o aspecto mais mencionado pelos pacientes, especificamente quanto às mudanças físicas, pois repercute na sua autoimagem e no funcionamento do seu organismo. A alopecia, mencionada pelas crianças e adolescentes, causa sofrimento, pois está associada à perda de atratividade e individualidade, além de representar um objeto social de discriminação e exclusão.

O sistema imunológico também fica fragilizado devido à ação medicamentosa, desta forma, o paciente tornar-se mais vulnerável a infecções. A equipe de profissionais de saúde orienta, como forma preventiva, que os pacientes utilizem uma máscara de proteção em torno do nariz e da boca. Essa medida tem despertado a curiosidade e a discriminação por parte das pessoas que não compreendem sua utilidade, associando a prevenção da dissimilação de algum tipo de vírus instalado no paciente (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).

As consequências originadas em virtude dos efeitos colaterais não param por aí, atingem também o sistema neurológico, principalmente, se a área afetada tiver sido o sistema nervoso, pois esse terá que se submeter a um processo cirúrgico, para que seja realizada a remoção do tumor, esse procedimento invasivo reflete diretamente no desempenho escolar (MOREIRA, 2002).

Em geral, os efeitos colaterais do tratamento deixam os pacientes fragilizados, deprimidos e inseguros, o que pode fazer com que se sintam incapazes e diferentes das demais pessoas que compõe seu grupo social. Nesse universo de não pertencimento ao grupo social, Gonçalves e Valle (1990) afirma que o tratamento interrompe a vida escolar do sujeito interferindo em seu processo de aprendizagem.

Di Napoli (2010) desenvolveu um estudo que pretendia investigar a possível relação entre o tratamento quimioterápico e o comprometimento da função cognitiva em crianças e adolescentes, e pôde verificar um declínio cognitivo geral nessa população. Segundo a autora, os prejuízos encontrados incluem principalmente a área verbal, sendo que a área de execução também apresentou perdas significantes.

Em outro estudo Greenberg, Kazak e Meadows (1989) examinaram a adaptação psicológica – autoconceito e depressão – em um grupo de adolescentes na faixa etária de 8 a 16 anos, curados de câncer há algum tempo e suas respectivas mães e outro grupo formado por crianças saudáveis e suas respectivas mães. Os resultados indicaram que a maioria das

crianças e adolescentes apresentava adaptação social e psicológica. Todavia, aqueles que apresentavam efeitos colaterais graves, como amputação dos membros, demonstraram terem um autoconceito fragilizado e mais sintomas depressivos do que aqueles que apresentavam efeitos colaterais moderados ou inexistentes.

Segundo Deitos e Gaspar (1997), a experiência de ter sido acometido por um câncer é percebida pelo sujeito e sua família de forma mais dolorosa e angustiante do que outros tipos de doença. O câncer e seus tipos de tratamentos constituem um fluxo de estresse, capaz de provocar desordens de ajustamento nos pacientes. Desse modo os indivíduos com câncer apresentaram mais preocupações de ordem emocional e social do que ao seu estado geral de saúde.

Os sujeitos com câncer e, respectivamente, suas famílias compartilham de momentos de tensão, acompanhados de pensamentos confusos, receio da morte, inquietações, limitações físicas e alimentares, isolamento social (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2003). Diante desse novo desafio, as crianças e adolescentes com câncer necessitam do apoio familiar para que assim possam superar as dificuldades advindas do tratamento e construir estratégias para organizar sua readaptação aos sistemas sociais.

Como afirma Pedro et al. (2008) as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelas famílias têm características peculiares. Portanto, é necessário compreender o ciclo de vida familiar frente a essa nova demanda e identificar as expectativas e sentimentos compartilhados por esse grupo, uma vez que, nem sempre conseguem expressar suas angústias e dificuldades.

2.7 O sistema familiar frente ao processo de adoecimento do filho (a)

A família tem a função de promover a seus membros a proteção, educação, afetividade e sua formação pessoal. Este grupo social sofre alterações, uma vez que as responsabilidades e os acontecimentos conflituosos provocam uma reestruturação na dinâmica familiar. A família é o princípio e o fim da vida relacional do ser humano, é constituída por um grupo de pessoas que partilham determinadas funções. É um sistema social em rede, com estrutura, organização e cultura própria, regido por um conjunto de regras, valores e crenças, que lhe conferem identidade singular.

Diante das mudanças contínuas, as famílias podem ser surpreendidas por situações estressoras, a exemplo de uma doença grave em um dos membros. Em se tratando do câncer, sua descoberta ocorre de forma inesperada e arrasta o sujeito e sua família para uma árdua

caminhada em busca do tratamento e cura. Assim, é comum os pais apresentarem dificuldades acerca dos cuidados que seu filho (a) necessita (PICCININI et al., 2003)

Nem sempre é fácil para a família aceitar que o seu filho foi acometido por um câncer, principalmente quando essa doença é marcada por estereótipos e reações assustadoras e temerosas. Ao se deparar com essa problemática, a dinâmica familiar torna-se vulnerável a desencadeia conflitos psicológicos (MENEZES et al., 2007).

Durante esse processo de adoecimento da criança, a família pode enfrentar problemas, tais como: longos períodos de hospitalização, internações frequentes, terapêutica agressiva com efeitos colaterais indesejáveis, dificuldades em se distanciarem das pessoas queridas durante as internações, interrupção das atividades diárias e desajuste financeiro (NASCIMENTO et. al., 2005). Diante disso, os pais podem começar a sentir ansiedade e a ter incertezas, levando-os a adotar atitudes de superproteção ou impotência. Alguns genitores podem começar a associar o surgimento do câncer ao relacionamento do casal durante o período de gestação ou as práticas educativas por eles desenvolvidas (MALTA, 2007).

Quando a criança/adolescente com câncer tem irmãos, à situação familiar pode complicar ainda mais porque os demais filhos percebem que os pais oferecem mais atenção ao irmão doente, relegando os demais aos próprios cuidados. A esse comportamento dos pais, observa-se maior incompreensão dos irmãos mais novos e uma maior demonstração de reações psicológicas negativas (insucesso escolar e comportamentos antissociais) dos mais velhos (AZEREDO et al, 2004).

As neoplasias pediátricas surgem de forma impactante ocasionando modificações na rotina familiar. O medo do futuro, hostilidade, raiva, preocupações, a busca da fé e a esperança da cura provocam na dinâmica família um desequilíbrio que atinge todos os seus membros (MENEZES et al., 2007). Apesar disso, essas mudanças implícitas e explícitas são necessárias para que a família consiga desenvolver estratégias de enfrentamento.

Silva (2009) ao realizar um estudo com 30 pessoas que convivem com crianças e adolescentes, verificou que 56% delas sofrem alterações em suas rotinas domésticas devido às constantes hospitalizações. Além disso, os cuidadores relataram que se sentem ansiosos e preocupados com seus filhos, por conta disso, 72% dessa amostra apresenta alteração do sono. Corroborando com ideias semelhantes, os estudos de Araújo (2006) evidenciaram que os pais das crianças e adolescentes com câncer demonstraram sofrer mais que os filhos, apresentando sentimentos de apreensão e ansiedade quanto à possibilidade de recidiva ou do surgimento de um segundo tumor. Assim, mesmo após a cura, essas emoções podem perdurar por longos períodos na vida de sua família.

Como medida de proteção, os pais juntamente com a equipe médica, muitas das vezes, acabam omitindo ao paciente, informações esclarecedoras acerca do seu estado atual de saúde, das alterações físicas que surgiram durante o decorrer do processo de tratamento e dos afastamentos dos espaços sociais que costumava frequentar e das mudanças alimentares (RIBEIRO, JÚNIOR, 2009).

A doença grave tem o potencial de romper profundamente a estrutura familiar, por conta disso, ela precisa se submeter a novas modalidades de aprendizagem e de enfrentamento da doença, pois, à medida que seus membros adaptam-se à doença, seus papéis e responsabilidades mudam em direção a um equilíbrio emocional.

Por vezes, as famílias sentem-se impotentes para lidar com o sofrimento de seu filho e a se adaptarem as necessidades relacionadas aos cuidados de saúde. Por causa disso, a família necessita formar novos arranjos e padrões de comunicação e de relacionamento, de modo que venha a proporcionar uma aproximação entre os membros da família e um estado de equilíbrio emocional (MINUCHIM, 1982).

Frente a essa realidade, as famílias desenvolvem estratégias tanto para superar o sofrimento quanto como fonte de esperança, assim, recorre à ajuda espiritual, como maneira de encontrar forças e apoio para superar esses momentos de angústia (SILVA et al., 2009). Outra mudança que ocorre no sistema familiar são os comportamentos dos irmãos, que se tornam mais carinhosos, próximos, protetores e solidários (AZEVEDO et al., 2004).

A família introduz suas vidas em um caminho desconhecido e repleto de incertezas após tomarem conhecimento que a doença do seu filho (a) é um câncer (MALTA, 2007). Todavia, com a aquisição de experiências tendem a se engajarem cada vez mais em atividades que favorecem o bem-estar da criança ou adolescente. Nesse momento a família busca parcerias para reintegrar seu filho em atividades que elevem sua autoestima e sua socialização.

Assim, a escola é uma forte aliada nesse processo, pois sua função é formar um sujeito cidadão, autônomo, apto para conviver no contexto multicultural e eclético, superando desafios e sendo autor da sua realidade. Desse modo, é relevante compreender qual a importância desse espaço para a vida dos infante-juvenis oncológicos e, principalmente, conhecer como ocorre o processo de reinserção escolar desse grupo que, lembrando, vivenciou experiências dolorosas e estressantes, configuradas por diversas representações.

3 A REINserÇÃO ESCOLAR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER

3.1 O sistema educacional frente ao sujeito com câncer

Assim como a família, o contexto escolar exerce um papel crucial na formação de identidade pessoal e social do sujeito, pois, é a partir das interações com outras pessoas que as habilidades cognitivas, sociais se desenvolvem. A escola possibilita ao sujeito desenvolver sua autonomia, além de lhe transmitir valores éticos e morais e conhecimentos acadêmicos (PATERLINI; BOEMER, 2008).

Com a doença, há a necessidade das crianças se afastarem de alguns espaços sociais, a exemplo da escola, para realizarem seu tratamento. Com o tempo, seu retorno vai sendo gradual e, neste momento, é importante haver o acolhimento de professores e colegas, especialmente, no que se refere à aprendizagem, às interações sociais e à compreensão do estado físico e emocional (PEDRO; VALLE, 2010).

O câncer, em decorrência do seu tratamento, tende a estimular na criança ou adolescente a passividade e a dependência (MOREIRA, 2002). Ao contrário disso, no ambiente escolar, eles têm a possibilidade de aprimorarem seus conhecimentos e de apreender novos conteúdos, participarem das atividades escolares e recreativas, além de desenvolverem as áreas motoras, perceptivas, linguísticas, entre outras.

Desse modo, Rolim e Góes (2009) ressaltam que se o sistema educacional intensifica a passividade no sujeito, assume expectativas limitadas e subestima suas capacidades, em consequência a isso, promove o conformismo que conduz a exigências mínimas e a sua exclusão. Com isso, a atitude passiva estimula o insucesso, o sentimento de incapacidade e de desvalorização social.

Ao contrário disso, a performance escolar deve possibilitar ao sujeito a igualdade entre seus pares, e assim reforçar a autoestima, que nesse momento se encontra fragilizada mediante os efeitos colaterais da doença (TORRES, 1999). Portanto, em condições de retornarem aos espaços sociais, as crianças e adolescentes em conjunto com a ajuda da família, buscam reingressar ao contexto escolar e a se readaptarem a nova realidade, contudo tentando torná-la o mais semelhante possível com a rotina que tinham antes do adoecimento (CAMARA, 2011).

O retorno à escola remete-os ao desejo de voltarem a realizar as atividades escolares, mas também é representado por sentimentos de aflição, angústia e insegurança. Frente a essa realidade, as crianças e os adolescentes fazem indagações a si próprio, sobre o futuro que os

aguarda, pois temem como serão recebido pelas pessoas com as quais matinha contanto, a exemplo dos professores e colegas de turma.

Neste regresso, as crianças e os adolescentes apresentam preocupações com à autoimagem, as mudanças físicas, motoras e cognitivas, os cuidados com a saúde, o atraso nas atividades e conteúdos, além do medo de não conseguirem acompanhar os demais colegas de turma (LANZA, 2008).

A reinserção escolar nem sempre é representada somente por aspectos positivos, mas também negativos, como um sistema de ensino defasado e a presença de condições físicas inadequadas. Os professores demonstram ter dificuldades de conviver com esse grupo e de compreender as limitações que o tratamento impôs. Indo além, ainda existe a escassez de informações sobre o que é o câncer e quais as implicações que ele trás para a vida do sujeito, assim como quais os recursos metodológicos que devem ser empregados a esse grupo (PATERLINI; BOEMER, 2008).

Além das dificuldades motoras e das alterações físicas, que são decorrentes do tratamento e que constituem entraves para a acomodação da criança ou adolescente, existe o comportamento preferencial ou excludente, a hostilidade e a rejeição dos professores e colegas, que muitas das vezes, prejudicam ainda mais a readaptação psicossocial daquele aluno que necessitou se ausentar do convívio escolar por um longo período.

De acordo com Paterlini e Boemer (2008), a falta de informação, curiosidades e zombarias são obstáculos que os infante-juvenis terão que lidar durante sua reinserção escolar. Em decorrência disso, os familiares preocupados com a integridade física e psicológica do sujeito, e inseguros quanto à assistência que esses receberam, podem evitar que eles continuem frequentando a escola.

Conforme Ortiz e Freitas (2002), os sujeitos oncológicos que estão enfrentando o processo de hospitalização ou que já superaram, podem vir a apresentar no retorno ao contexto escolar uma instabilidade emocional, como também representações que foram (re) construídas durante todo o processo da doença. Todavia, esta experiência pode ser diferente, caso sejam recebidos de forma harmoniosa pelos professores, colegas e os demais.

Esses mesmo autores descrevem que o reingresso escolar pode levar as crianças e adolescentes a apresentarem reações emocionais ambíguas, ora demonstram prazer em retornar a vida acadêmica, dedicando-se ao máximo para recuperar o tempo que passaram afastadas, ora apresentam uma postura negativa, como timidez e insegurança. Essa instabilidade emocional e comportamental pode vir a acarretar problemas de aprendizagem.

De acordo com Moreira (2002), os profissionais da escola sentem-se despreparados para oferecer assistência educacional às crianças com doenças crônicas, desconhecem os principais efeitos colaterais do tratamento, não aceitam o ritmo de desempenho do aprendente, além de exigirem desses alunos frequência nas aulas e acompanhamento das atividades. Corroborando com o estudo, Holanda (2008) afirma que os professores e diretores têm dificuldades em acolherem e trabalharem com alunos especiais alegando despreparo metodológico e emocional.

Em pesquisa realizada por Rolim e Góes (2009) a partir do depoimento de crianças e mães, verificaram que nas escolas públicas não tinham se formulado projetos que visasse à adaptação curricular das crianças com doenças crônicas em função dos afastamentos e ausências de frequência as aulas.

Em virtude da incidência das neoplasias pediátrica e dos impactos pessoais, sociais e intelectuais causados na vida do sujeito e daqueles com quem convive, nota-se que o câncer tornou-se um problema de saúde pública. No entanto, a partir das discussões mencionadas anteriormente, percebe-se que as chances de cura nessa população são significativas (INCA, 2012).

Mas, apesar desses avanços, ainda há muitos desafios que necessitam serem superados, a exemplo do aprimoramento da formação profissional das áreas da saúde e educação. Corroborando, Rolim e Góes (2009) descrevem que ainda existe a escassez de conscientização por parte da escola e que a formação dos educadores apresenta falhas.

As crianças e adolescentes com câncer necessitam de assistência da equipe médica, da família e da escola. Por isso, a escola precisa estar preparada para elaborar e fortalecer estratégias criativas e positivas, objetivando restaurar sua autoestima, aceitação, segurança e suas inter-relações sociais, para que com isso, possa aprender a superar suas dificuldades (HOLANDA; COLLET, 2012).

A instituição educacional é indispensável não somente para transmitir conhecimentos acadêmicos, mas também para mediar o desenvolvimento da autonomia do sujeito e impulsioná-lo a valorizar e colocar em prática suas potencialidades. Assim, em decorrência do aumento da perspectiva de cura, a assistência a crianças e adolescentes com câncer tem sofrido alteração (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004). Nesse cenário, faz-se necessário discutir algumas atribuições que o psicopedagogo pode oferecer na tentativa de melhorar cada vez mais, não somente a aprendizagem em si, mas todas as questões que o envolvem e influenciam na sua reinserção escolar.

3.1 O psicopedagogo frente à reinserção escolar do aprendente com câncer

Conforme mencionado anteriormente, a aquisição do conhecimento depende das variáveis que estão ao entorno do aprendente, isto é, os processos terapêuticos, contexto familiar, acolhimento da instituição educacional, como também, o próprio ritmo da criança ou adolescente influenciam no processo de aprendizagem. Assim, a psicopedagogia é uma das áreas do conhecimento que se propõe a compreender as diversas formas de construção do saber, bem como os fatores que o interfere. Sabendo disso a psicopedagogia busca desenvolver estratégias que facilitem a apreensão do aprendizado (AMORIM, 2013).

Logo, percebe-se que são diversos os fatores que conduzem os infanto-juvenis com câncer a apresentarem dificuldades escolares, que vão desde o aparecimento dos primeiros sintomas, identificação do diagnóstico, longos períodos de tratamentos invasivos e agressivos, uso de medicações até ao afastamento parcial ou total da escola (VALLE; GONÇALVES, 1999). Para tanto, o psicopedagogo irá desenvolver um trabalho a partir dessas limitações, sem com isso limitar sua atuação a esse aspecto, mas sim partir daquilo que o sujeito é capaz de realizar e obter sucesso.

Em consonância com as informações supracitadas, Ramos (2007) ressalta que o psicopedagogo se destaca das demais áreas, pois intervém levando em consideração todos os fatores que o influenciam: físico, emocional, psicológico, pedagógico, social e cultural, ou seja, fatores internos e externos aos alunos. Complementando, Silva (2010) afirma que o objeto de estudo da psicopedagogia são os processos de aprendizagem, compreendidos como “estrutural, construtivo e interacional” (p. 28).

Para Porto (2009), a aprendizagem é um processo vincular que se desenvolve a partir das interações subjetivas entre ensinantes e aprendentes. É por meio dos conhecimentos sociais que o sujeito constrói seu saber. Esse mecanismo acontece da seguinte forma: o sujeito recebe a informação, adiciona a essa seus pensamentos e posicionamentos, e posteriormente a transforma em um novo saber. Todavia, esse processo é contínuo e interdependente das ações do aprendente, da instituição escolar e familiar.

A atuação do psicopedagogo não se restringe ao aprendente nem somente a escola, mas abrange também o sistema familiar, tendo em vista que esse constitui função indispensável para a formação de seus membros (PITOMBO, 2006; SILVA et al., 2009). Nesse caso por ter um filho (a) com câncer, os pais nem sempre estão seguros dos cuidados que o seu filho receberá na escola, assim, muitas das vezes acabam interferindo na vida escolar deles (NASCIMENTO et al. 2005).

De acordo com Cicogna, Nascimento e Lima (2010), a família tem a função de procurar manter, na medida do possível, as atividades diárias do sujeito anteriores ao diagnóstico. Nesse sentido, o trabalho do psicopedagogo será de orientar os pais acerca da importância de seu filho frequentar e participar das atividades escolares, como também desenvolver atividades de interação entre os professores, pais e filhos (a) para que com isso, todos os envolvidos sintam-se seguros, acolhidos e importantes.

Nestas circunstâncias, a reinserção escolar não deve ser percebida pela criança ou adolescente oncológico como um drama a ser superado, mas como uma situação de adaptação normal (ORTIZ; FREITAS, 2002). Por conseguinte, para que isso seja alcançado, é fundamental que o contexto escolar construa um espaço harmônico e dialógico, onde o sujeito sinta-se acolhido e incluído (PORTO, 2009).

No entanto, Camara (2011) expõe de forma clara que harmonizar as demandas do tratamento oncológico com aquelas relacionadas à escola não constitui uma tarefa fácil, mas sim árdua e desafiadora. Assim, para que a reinserção escolar seja alcançada com sucesso por esse grupo, faz-se necessário tomar conhecimento do tipo do câncer e do tratamento da criança, a fim de que seja realizado um planejamento educacional pela equipe multidisciplinar com vista a atender as necessidades da criança.

Com referência a isso, o psicopedagogo necessita desenvolver um trabalho para conscientizar a escola do quanto é indispensável a compreensão e a aceitação daqueles que regressam a escola. Portanto, Paterlini e Boemer (2008) alegam que a criança e o adolescente devem ter um ambiente que propicie o bem-estar, além disso, os professores e a equipe técnica, em conjunto com os colegas, precisam estar informados sobre o seu estado de saúde.

Para que o ambiente de sala de aula continue em harmonia, o grupo precisa aceitar seu colega da forma que ele se encontra, sem excluí-lo nem desmerecê-lo. Portanto, o psicopedagogo irá atuar orientando o professor a valorizar as habilidades específicas do sujeito, de forma a aumentar suas expectativas e a desconstruir os significados de incapacidade e dependência que tem sobre si mesmo. Com isto, poderá haver aumento na auto-estima e melhoras no desempenho escolar (ORTIZ; FREITAS, 2002).

A assistência direcionada a criança e ao adolescente com câncer deve tentar proporcionar uma melhor qualidade de vida, tanto para o sujeito, quanto para sua família, além disso, faz necessário buscar amenizar as sequelas advindas de todo o processo oncológico (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004). É nesse contexto que a psicopedagogia precisa se inserir, de modo a assistir as esses grupos, famílias e instituição educacional,

levando sempre em consideração a integridade, o desenvolvimento e os significados que os aprendentes atribuem ao ambiente escolar e aos processos da aprendizagem.

Assim, é importante considerar quais as representações sociais que as crianças e adolescentes com câncer carregam em seu imaginário sobre o ambiente escolar, especificamente, acerca da sua reinserção. Desse modo, será possível substituir as representações negativas acerca do contexto escolar por aquelas que remetam a significados positivos.

Com base nisso, o problema apresentado será estudado a partir do estudo da Teoria das Representações Sociais, a qual está fundamentada na concepção de que os indivíduos criam teorias próprias e procuram confirmá-las ou esclarecê-las para uma variedade de assuntos, a exemplo da reinserção escolar de aprendentes com câncer. Porém, estes esclarecimentos possuem uma lógica, não se restringem a simples opiniões, fundamentam-se em experiências individuais e grupais e são compostas de valores e informações que chegam de diferentes lugares (RIBEIRO; JÚNIOR, 2009).

4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

4.1 Breve Histórico

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida por Serge Moscovici a partir do estudo acerca da influência da psicanálise no pensamento da população francesa (MOSCOVICI, 2010; PRAÇA; NOVAES, 2004). Esse estudo resultou na publicação de sua tese de doutorado intitulada, *La Psicanalyse: son image et son public*, publicado primeiramente na França em 1961 (MOSCOVICI, 2010).

A publicação de sua tese tinha por objetivo compreender como os conceitos da psicanálise estavam sendo introduzidos e representados pela sociedade francesa da época. Assim, buscou conhecer como uma teoria científica é internalizada, modificada e utilizada pelo homem e como esse processo interfere na sua conduta social (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici em 1970 relatou que sua intenção era redefinir o campo da Psicologia Social por intermédio das representações sociais, pois, percebeu que esse campo de pesquisa direcionava seus estudos apenas ao sujeito em sua particularidade e não fazia nenhuma associação entre esse e o seu universo social. Essas lacunas impulsionaram Moscovici a desenvolver a Teoria das Representações Sociais, tomando como referencial o conceito de representações coletivas do sociólogo Émile Durkheim, assim como, antropologia de Lévy-

Bhrul, a Teoria da Linguagem de Saussure, a Teoria do Desenvolvimento Cultural de Vygotsky e os estudos de Piaget (MELO; GOUVEIA, 2001).

De acordo com o conceito apresentado por Durkheim, os indivíduos seriam portadores e usuários de representações coletivas, as quais não receberiam influência, mas sim, permaneceriam estáveis frente aos acontecimentos sociais. Essa discussão incentivou Moscovici a criticar veementemente os trabalhos de Durkheim, enfatizando que o mesmo não buscou explicar os processos que dariam origem a essa diversidade de modos de organização do pensamento (MOSCOVICI, 2010; SILVA, 2010).

Frente a essa problemática, Moscovici em seus estudos buscou analisar como o pensamento do sujeito se modifica, isto é, como um conhecimento científico é absorvido e reelaborado de acordo com cada experiência (RIBEIRO; JÚNIOR, 2009). Em consequência disso, optou por utilizar o termo representação social, ao invés de coletivas, pois, conforme ele, o termo social era mais apropriado em sociedades que estavam sempre sujeitas a mudanças sociais, econômicas e políticas.

Nos estudos acerca das representações sociais, Alves-Mazzotti (2008) buscou enfatizar sua funcionalidade simbólica e seu poder de construção do real. Segundo Moscovici (2010) as representações sociais estão relacionadas aos conceitos de natureza psicológica, a exemplo das opiniões, atitudes e imagens, assim, descreve em sua teoria que os sujeitos exercem um papel ativo frente às mudanças na sociedade.

4.2 O fenômeno das Representações Sociais

As representações sociais são compreendidas como uma teoria psicossociológica, considerando que a sobrevivência do indivíduo não depende apenas de si mesmo, mas também das relações que estabelece com o seu meio social, histórico e cultural. Através dessa relação com o universo social as pessoas constroem e reconstróem seus pensamentos, sentimentos e motivações (SILVA, 2010).

Através das representações sociais, as pessoas interpretam os acontecimentos de sua realidade e, conseqüentemente, reagem em relação a eles, ou seja, a partir das experiências com o seu meio social o indivíduo percebe o universo, familiariza-se com os objetos sociais e, em seguida, reconstrói suas representações (MOSCOVICI, 2010). Corroborando com esse pensamento, Jodelet (2001) compreende as representações sociais como um sistema de interpretação ou modalidade do conhecimento, o qual é desenvolvido e compartilhado entre os sujeitos.

O fenômeno das representações sociais se difere dos demais por ter uma performance dinâmica, na medida em que se configura como uma forma de conhecimento que tem por função produzir e determinar os comportamentos humanos. Além disso, são responsáveis pela disseminação e receptividade de mensagens entre os atores sociais “esse saber se transforma. Ele muda, na mesma medida em que vai mudando os sujeitos que o apropriam” (JOVCHELOVITCH, 1998, p.56).

As representações sociais são consideradas como produto de nossas ações e comunicações, em contrapartida, elas não surgem por intermédio de uma única pessoa, mas por um grupo de pessoas que partilham de experiências e, com base nessas, formulam ideias e associam a determinado objeto social (MOSCOVICI, 2010). Portanto, sua finalidade é restaurar o entendimento coletivo, organizá-lo e atribuí-lo um significado, tornando conhecido o que antes era desconhecido.

Moscovici propõe que as representações sociais são impostas sobre nós e transmitidas. Esse processo ocorre sem que se perceba, pois está relacionado a uma sequência de fatos e mudanças que acontecem com o passar do tempo e das gerações, assim, os sujeitos às internalizam e passam a compreendê-las como realidades inquestionáveis (MOSCOVICI, 2010).

Logo, as representações sociais possuem precisamente duas funções: *convencional e prescrita*. A primeira exerce a função de convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos, dando-lhes uma forma definitiva. Assim, os pensamentos dos sujeitos são condicionados, tanto pelas representações, quanto pelo contexto social. A segunda exerce a função de atribuir ao sujeito novas formas de pensamentos, como também ideias e/ou atitudes (MOSCOVICI, 2010).

Deste modo, Ribeiro e Júnior (2009) relembram que a formação das representações se dá à medida que os indivíduos voltam às suas memórias, suas experiências e tradições e associam antigos componentes a novos, concedendo, a partir disso, continuidade à produção do universo de imagens e ideias a que pertencem. Em conformidade com esses autores, Praça e Novaes (2004) ressaltam que a representação não é uma simples reprodução de algo, mas sim, sua reconstrução, modificação.

4.3 Formação das representações sociais

Segundo Moscovici (2003), as pessoas elaboram julgamentos, classificam e criam imagens acerca de determinado objeto ou pessoa, sem necessariamente o terem conhecido, consequentemente, todas as nossas ações serão direcionadas a reafirmar o que antes já

havíamos avaliado. Baseado nessa ideia o autor apresenta dois mecanismos, a objetivação e a ancoragem, que segundo ele, estão presentes no processo de elaboração do pensamento (MOSCOVICI, 2010).

A objetivação caracteriza-se como uma operação imaginativa e estruturante que possibilita tornar concreto o que era abstrato construindo um novo conceito a partir dos dados individuais existentes (PAVARINO, 2003). Conforme isso, Jodelet (2001) distingue tal processo em três fases: a constituição seletiva, a esquematização e a naturalização.

A constituição seletiva possibilita ao sujeito apropriar-se das informações acerca de determinado objeto social, sobretudo, durante essa aquisição tais elementos passam por uma triagem em detrimento do contexto cultural e dos aspectos normativos. Já a esquematização permite que uma composição mental seja reproduzida para o meio social em forma de conceitos, sendo assim, o sujeito apreende-os a partir de suas experiências pessoais e de suas interações interpessoais, formando assim, um núcleo figurativo. Por fim, a naturalização corresponde ao fato de que os conceitos que compõem o núcleo figurativo e suas relações constituem categorias naturais, permitindo que o não-familiar torna-se familiar (ALVES-MAZZOTTI, 2008; JODELET 2001).

O processo de ancoragem é compreendido a partir da interligação entre os objetos desconhecidos e objetos já existentes no sistema cognitivo (VALA, 1997; MOSCOVICI, 2010). Corroborando com esse pensamento, Jodelet (2001) analisa a ancoragem como uma atribuição de sentido e a organiza em três funções básicas: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da novidade e função de orientação de condutas e das relações sociais.

Por meio desse processo Jodelet (2001) enfatiza que é possível compreender como o significado é conferido ao objeto representado, de qual forma a representação é utilizada como sistema de interpretação do universo social e como é capaz de predizer o comportamento humano. Além disso, a ancoragem através de suas funções possibilita também conhecer com ocorre o processo de integração em um sistema de recepção, e de qual forma esse sistema influencia e é influenciado pelos elementos presentes nesse processo.

Logo, Alves-Mazzotti (2008) compreende que a partir do produto (objetivação) é possível apreender o conteúdo e sentido das representações, e isso acontece através dos elementos que o constitui, a exemplo das informações, crenças, imagens e valores que são expressos pelos sujeitos. O processo (ancoragem) contempla a relação entre a estrutura da representação e suas condições sociais de produção, assim como as ações dos sujeitos que o induzem e justificam.

É importante enfatizar que os mecanismos de objetivação e ancoragem estão interligados, contudo não são sequenciais, ambos são ao mesmo tempo, de ordem social e cognitiva. Em conjunto, os mecanismos mencionam como o social transforma um conhecimento em uma representação, e como essa influencia o comportamento humano (MOSCOVICI, 2010). Assim, é possível evidenciar a interdependência entre os aspectos psicológicos e sociais.

Em síntese, Jodelet (2001) afirma que as representações sociais se propõem a responderem, por meio de seus processos de objetivação e ancoragem, a uma dupla questão, que estão fundidas na própria teoria e que se difere das demais abordagens da Psicologia Social: como o social interfere no processo psicológico, que constitui a representação, e como aquele interfere no processo social.

Frente a esses questionamentos, é possível afirmar que as representações sociais guiam as praticas coletivas, definindo o que é aceitável ou não, para um determinado contexto social, assim, seu interesse é compreender como se constroem as modalidades do pensamento social (GOMES, 2013). Consequentemente, as representações sociais são o resultado de tornar familiar ou real o não-familiar ou irreal, com isso os indivíduos superam o problema e o integram em seu mundo mental e concreto, e com isso, enriqueci-o e transforma-o (MOSCOVICI, 2010).

O embasamento teórico das representações sociais está consolidado na ideia de que os sujeitos desenvolvem suas próprias teorias e a partir dessas buscam respostas ou esclarecimentos para seus questionamentos distribuídos entre as esferas sociais, políticas, educacionais e religiosas. Para tanto, tais esclarecimentos possuem uma organização lógica, não são simples opiniões, fundamentam-se em experiências particulares e coletivas, são adicionados de valores e informações que chegam de diferentes espaços sociais (PRAÇA; NOVAES, 2004; RIBEIRO; JÚNIOR, 2009).

Contribuindo com os estudos das representações sociais, Abric (2001) atribui quatro funções que são indispensáveis para uma compreensão consistente. A primeira, função do saber, permite que os sujeitos compreendam e expliquem os acontecimentos da realidade, utilizando uma comunicação de fácil entendimento e baseando-se nos princípios valorativos e normativos dos sujeitos. A segunda, função identitária, posiciona os sujeitos e seus grupos sociais em um espaço social para que assim possam formar uma identidade pessoal e social. A terceira, função de orientação, permite que as representações sociais atuem como um manual de orientação para a conduta humana. Já a quarta, função justificadora, possibilita o

sujeito expressar e justificar sua conduta em função do seu grupo social, tendo em vista que, suas atitudes e comportamentos serão observados e avaliados por seu grupo.

Em síntese, as representações sociais guiam nossos comportamentos, atitudes e pensamentos, sendo assim, as práticas sociais. Esse processo acontece através da interação com o meio social, no qual os sujeitos, através dos mecanismos e funções das representações, transformam o não-familiar em algo familiar ou conhecido. Portanto reconstruem significados acerca dos objetos sociais, tornando possível uma melhor compreensão acerca do universo social que fazem parte.

4.4 As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos

Atualmente, a Teoria das Representações Sociais tem se tornado um campo de pesquisa consolidado que permite que seus conhecimentos interajam com diversas áreas do conhecimento (Enfermagem, Psicologia, Psicopedagogia, etc.). Assim, a seguir serão destacados alguns estudos que correlacionam às representações sociais de crianças e adolescentes acerca de seu câncer e de seu processo de reinserção escolar.

O estudo de Silva et al. (2009) buscou analisar as representações que o momento da identificação do diagnóstico desencadeia na vida dos membros da família. Assim, os resultados dessa pesquisa revelaram que 25% dos familiares mantiveram a esperança, 21% vivenciaram o medo da morte e 20% desespero. Quanto à reação dos irmãos, perceberam que 30% reagem com solidariedade, 22% com ciúmes, 19% com desprezo e outros 14% agressividade, desespero, preocupação, medo e saudade.

Outra pesquisa realizada por Cagnin, Liston e Dupas (2004) teve o objetivo de conhecer as representações sociais que as crianças atribuem ao seu adoecimento. Os resultados mostraram a existência de sentimentos de incerteza e medo de recidiva, associando a doença a significados de medo e tristeza.

Pesquisas têm identificado que o processo de adoecimento (diagnóstico e tratamento) interfere na vida escolar das crianças e adolescentes, desencadeando uma série de representações. Frente a essa problemática, Araújo (2006) realizou um estudo no Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano, aonde foram entrevistadas dez crianças com idades entre seis e doze anos, ausentes do tratamento há pelo menos dois anos. Os resultados desse estudo indicaram que as vivências associadas à experiência do câncer são revestidas de significados negativos, tanto para criança, quanto para sua família.

Rolim e Góes (2009) também desenvolveram um estudo com crianças hospitalizadas, com idades de seis a doze anos. O objetivo do estudo era analisar o significado que as

crianças atribuem ao aprender e sua receptividade a experiência de aprendizagem. Segundo as autoras, as crianças faziam constantes referências a escola durante a hospitalização, mas quando se aproximava o seu retorno elas apresentavam sentimentos de receio e insegurança, e suas representações em relação à escola estavam associadas a um ambiente de exclusão e limitação.

Ademais, Moreira (2002) ao realizar uma pesquisa com o objetivo de ouvir crianças, com idades de cinco a onze anos, sobre sua vivência de voltar à escola durante o processo de tratamento oncológico, assegurou que elas podem trazer consigo questões não formuladas, sentimentos sobre os quais não falaram com ninguém ou que não conseguem comunicar as pessoas com quem convive (família, professores e amigos).

Os estudos supracitados revelam a importância de conhecer as representações sociais que as crianças e adolescentes carregam em seu imaginário social acerca do contexto escolar, a exemplo do acolhimento e relacionamento com professores e colegas, considerando que são com esses que passam a maior parte do tempo. Ao compreender os significados que essa população traz consigo é possível desmistificar aqueles que remetem a imagens, pensamentos e atitudes negativas, e assim, favorecer sua reconstrução de maneira positiva.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

5 MÉTODO

5.1 Delineamento

O presente estudo pauta-se em um delineamento transversal, de natureza *ex post facto* e compreende uma pesquisa de campo com metodologia qualitativa.

5.2 Participantes

Contou com a participação de quatro pacientes oncológicos da Casa da Criança com Câncer em João Pessoa (PB), distribuídos igualmente em função do sexo, sendo duas meninas e dois meninos, com as idades entre nove (9) e 13 anos. Todos os pacientes moravam em cidades do interior paraibano e só vinham a João Pessoa para fazer o tratamento, o que era feito com internação da criança/adolescente e de um responsável que o acompanhava, no caso, as mães.

Os sujeitos apresentavam os seguintes tipos de diagnósticos: Leucemia, Tumor de *Wilms* e Linfoma. Com relação à escolaridade, os participantes encontravam-se no Ensino Fundamental entre o 3º e 7º ano. As informações sociodemográficas estão detalhadas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Identificação	Idade	Sexo	Escolaridade	Diagnóstico	Período de afastamento
Sujeito 1	09	Feminino	3º ano	Leucemia	1 ano
Sujeito 2	11	Masculino	5º ano	Leucemia	1 ano 6 meses
Sujeito 3	12	Feminino	7º ano	<i>Wilms</i>	5 meses
Sujeito 4	13	Masculino	7º ano	Linfoma	4 meses

Fonte: Próprio autor.

Tendo em conta uma amostra de conveniência (não-probabilística, intencional), participaram da pesquisa os sujeitos que, sendo convidado e autorizados por seus pais/responsáveis, concordaram em fazer parte da pesquisa. Durante a seleção dos indivíduos, procurou-se assegurar diversidade e distribuição proximamente equitativa em relação às seguintes variáveis: idade e sexo. Faz-se necessário destacar que, como critérios de exclusão,

foram adotadas as seguintes regras: 1) apresentar idade inferior a 7 anos ou superior a 18 anos; 2) não realizar uma das técnicas; 3) terem retornado a escola após durante o tratamento antineoplásico.

5.3 Instrumentos

Os participantes responderam os seguintes instrumentos:

Roteiro de Entrevista Semiestruturada. Composta por 10 questões subjetivas, elaboradas a partir da literatura, acerca dos seguintes temas: I. Os significados da reinserção escolar (*Questão 1. Depois que se recuperou, você quis voltar para a escola? Por que?; Questão 3. Como foi seu primeiro dia de aula após iniciar o tratamento?*); II. A percepção dos infante-juvenis acerca da prática pedagógica do professor (*Questão 5. O professor (es) conversou com seus colegas de sala sobre sua doença? Como foi?; Questão 7. Seu professor ajuda quando você tem dificuldade em fazer alguma atividade?*) e III. A representação das crianças e adolescentes a respeito do contexto escolar (*Questão 8. Diga três coisas que gosta na sua escola e o por que; Questão 9. Diga três coisas que não gosta na sua escola e o por que*) (*Apêndice A*).

Desenho-Estória com Tema (PDE-T). Elaborado por Walter Trinca em 1972 e adaptado por Aiello-Vaisberg (1995) sua aplicação pode ser realizada em diferentes faixas etárias. Os materiais essenciais utilizados são papel, lápis grafite, lápis de cor, borracha. Para a aplicação é solicitado ao sujeito que faça um desenho, em seguida crie uma história e por fim coloque um título. Este procedimento permite a expressão da subjetividade do sujeito, além de ser extremamente conveniente em pesquisa que buscam explorar o imaginário coletivo (RIBEIRO, 2008) (*Apêndice B*).

Questionário sociodemográfico. O final da entrevista foi composto por questões que tinham o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes (idade, sexo, escolaridade, diagnóstico, etc.) (*Apêndice C*).

5.4 Procedimento

Inicialmente, realizou-se o contato com a Casa da Criança com Câncer, onde foi informado a natureza e os propósitos do estudo, e solicitado através da Carta de Anuência à autorização para realização da pesquisa (*Anexo A*). Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal Paraíba - CCS/UEPB (*Anexo B*). Após aprovação do Comitê, foi feito contato com a instituição para agendar a aplicação dos instrumentos.

Nos dias de visitas a instituição, a pesquisadora solicitava o consentimento de participação das crianças e do adolescente aos pais/responsável por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (*Anexo C*). Em seguida, os participantes foram conduzidos, individualmente, a um espaço silencioso e arejado. Posteriormente, a pesquisadora, previamente treinada, fazia sua apresentação, informava o objetivo da pesquisa e oferecia as devidas instruções para responderem os instrumentos. Ademais, a pesquisadora avisava aos sujeitos acerca do caráter voluntário, anônimo e confidencial dos dados, os quais estão fundamentados na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde CNS/MS, que aborda acerca dos preceitos éticos vigentes para a realização de pesquisas com seres humanos.

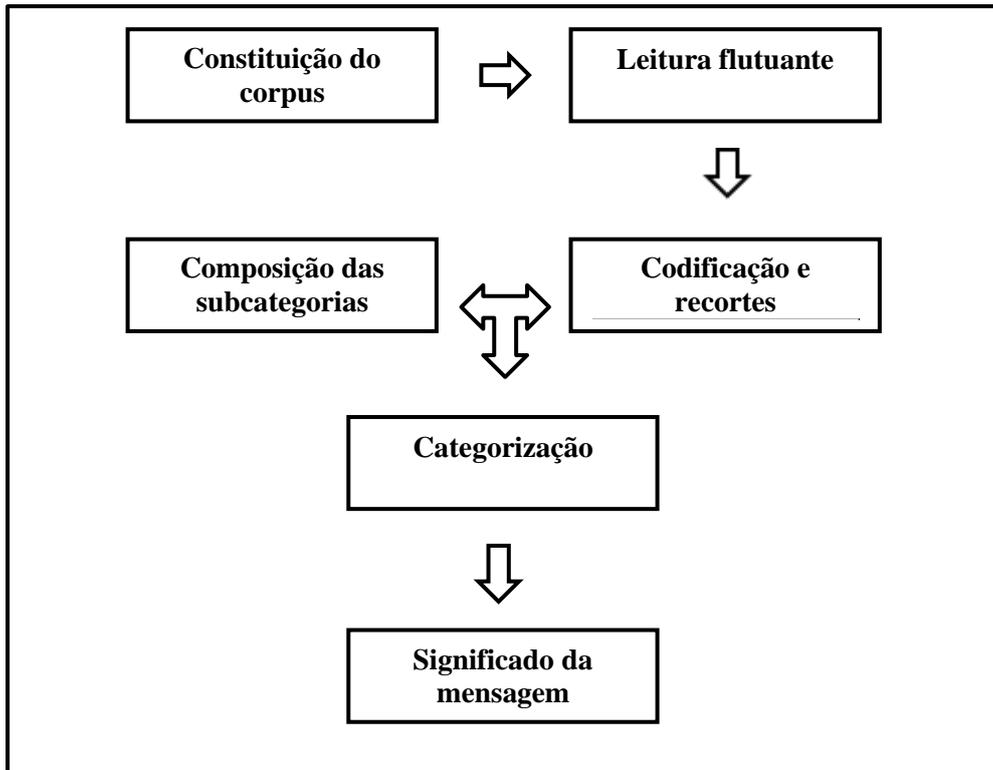
Por fim, a pesquisadora agradecia aos participantes, bem como, a seu responsável por sua participação e autorização, respectivamente. Além disso, informava sobre a disponibilidade dos resultados para os interessados. Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão concedida anteriormente pela responsável e, posteriormente, foram transcritas na íntegra. Os participantes demandaram um tempo médio de 15 minutos para responderem todos os instrumentos.

5.5 Tabulação e Análise dos Dados

Com base nos objetivos propostos nesta pesquisa e subsidiados pela Teoria das Representações Sociais, para a tabulação e análise dos dados, optou-se pela utilização do procedimento da Análise de Conteúdo Temático desenvolvido por Bardin (2010).

Os procedimentos adotados pela análise de conteúdo são mediados a partir das Etapas Operacionais da Análise de Conteúdo: (1) *Constituição do corpus* formado por meio de todo o material coletado (Entrevista e Desenho-Estória com Tema); (2) *Leitura flutuante*, ou seja, uma leitura superficial, com o objetivo de familiariza-se com o dados coletados; (3) *Codificação/decomposição* realizado a partir da divisão e agrupamento dos temas semelhantes e inseridos em unidades temáticas; (4) *Composição das subcategorias* que consiste na definição das subcategorias, construídas de acordo com o conjunto das unidades temáticas (*corpus*) e (5) *Inferência das categorias*, realizado a partir da construção das categorias e subcategorias (COUTINHO et al., 2011; SARAIVA, 2007).

Essas etapas podem ser sintetizadas a seguir através do modelo interpretativo proposto por Coutinho et al (2011):



FONTE: Coutinho et al. (2011).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e as discussões serão apresentados em dois momentos: Inicialmente as entrevistas, posteriormente às análises do desenho-estória com tema.

6.1 Resultados referentes às entrevistas

6.1.1 As representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos acerca da reinserção escolar

A partir da análise das entrevistas, verificaram-se as seguintes categorias e subcategorias, conforme detalhadas na Figura 2 a seguir.

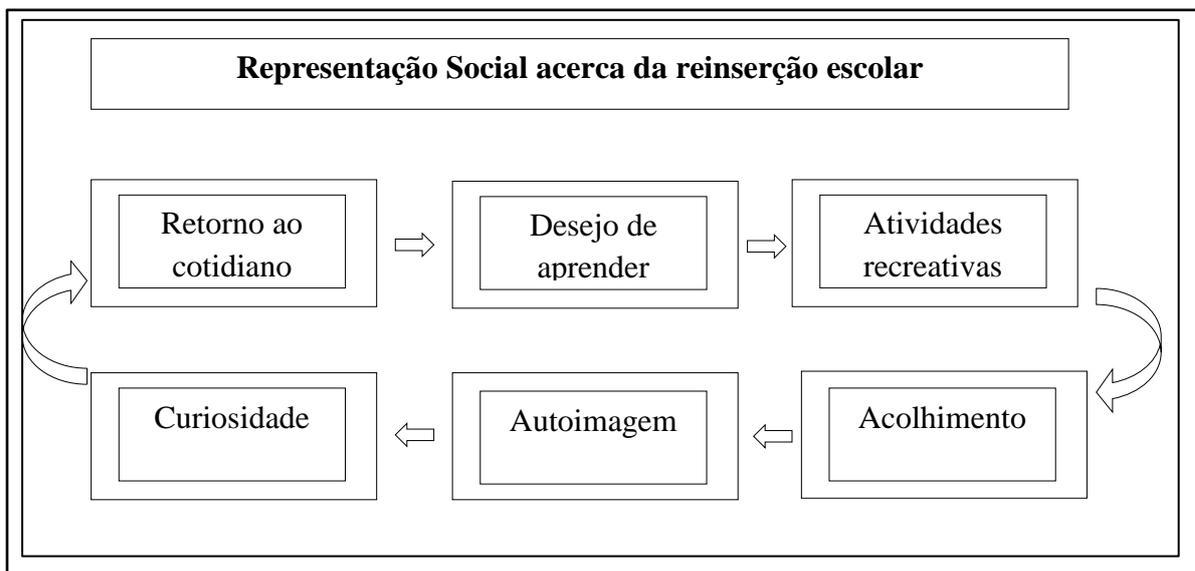


Figura 2 – As representações das crianças e adolescentes acerca da reinserção escolar

A escola exerce um papel indispensável para o desenvolvimento cognitivo e social do sujeito, de acordo com Holanda e Collet (2012), o processo de escolarização representa para o infanto-juvenil muito mais do que uma produção de conhecimento acadêmico, pois é considerado um lugar significativo da infância. Assim, as crianças expressaram em suas falas a vontade em regressar a escola, pois era que antes frequentavam:

“eu acho bom estudar e aprender a ler” (S.1 – 9 anos)

“[...] tava com saudades dos meus amigos e da minha professora” (S.2 – 11 anos).

“[...] (na escola) ia rever tudo que fiz antigamente, antes, e ia fazer tudo de novo.” (S.4 – 13).

Observa-se que a reinserção escolar está associada ao retorno ao cotidiano, antes da doença. Assim, ao voltarem a sua rotina diária, a exemplo de ir à escola, os infanto-juvenis

oncológicos conseguem elevar a autoestima, estigmatizada pela enfermidade. Além disso, resgatam suas amizades e adquirem novas, e elaboraram planos para seu futuro pessoal e profissional (MOREIRA, 2002). Em decorrência desses benefícios, o desejo de aprender é enfatizado na fala de um dos sujeitos:

“[...] eu gosto de estudar.” (S.3 – 12 anos).

De acordo com Rolim e Góes (2009), o desejo pela continuidade dos estudos é nítido entre essa população, pois fazem associação desse ambiente com o processo educacional e com a perspectiva de futuro. Contudo, não somente o desejo de aprender é mencionado, mas também, o desejo em participarem de atividades recreativas e educativas, como mostra a seguir:

“[...] brinquei, joguei bola com meus colegas, voltei a tocar na banda.” (S.4 – 13 anos).

As atividades desenvolvidas na escola representam uma ponte para a vida normal, além de favorecer o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e linguístico, além da interação social. Concomitante a isso, Azevedo (2011) afirma que o brincar melhora a qualidade de vida do sujeito com câncer, atenua o impacto psíquico e físico derivados do tratamento, e ameniza o distanciamento do contexto sócio familiar.

Apesar das crianças ou adolescentes com câncer possuírem condições favoráveis para aprenderem, essas habilidades nem sempre são exploradas, pois seus imaginários podem está repleto de significados negativos, isto é, sentimentos de medo, insegurança, revolta e culpa. Uma vez que essa dificuldade é apresentada, torna-se essencial a escola desenvolver um trabalho dinâmico e multidisciplinar (educadores, gestores, psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais).

A reinserção escolar também é representada nas falas das crianças e adolescentes como um lugar de acolhimento, na qual as amizades fragilizadas pelo afastamento são restituídas, concedendo ao indivíduo com câncer a oportunidade de interagir com seus pares a partir das atividades escolares e lúdicas, como também, por meio das trocas de experiências. Portanto, pode-se perceber isso em suas falas:

“[...] eu conheci novos amigos e minha professora.” (S.1 – 9 anos)

“Fui muito bom, por causa que eu reencontrei meu amigos e fiz novas amizades” (S.2 – 11 anos).

“[...] eu fui no outro dia do meu aniversário, ai eles começaram a cantar parabéns pra mim, ai todo mundo começou a chorar.” (S.3 – 12 anos).

“Foi, Foi muito legal [...] revi meus colegas de novo, revi minha professora.” (S.4 – 13 anos).

Esses depoimentos revelam o prazer que tem em voltarem a frequentar a escola, a participarem integralmente de suas atividades e a conviverem com seus pares. Entretanto, o processo da reinserção escolar também repercute na vida de crianças e adolescentes com câncer de forma negativa, assim, mesmo que retornem a suas atividades diárias, como frequentar a escola, Couto (2004) adverte que esse público pode sofrer agressões físicas e morais por seus colegas.

Dessa forma, esse grupo reingressa ao contexto escolar acompanhado de diversos questionamentos, receios, sentimento de ansiedade, como também, medo de não conseguirem acompanhar o desempenho de sua turma e temor de não serem aceito pelos seus colegas (ROLIM; GÓES, 2009). Esses episódios advêm de diversas causas, a exemplo das modificações físicas:

“(vergonha) por causa do lenço, eu tinha que usar máscara.” (S.3 – 12 anos).

As crianças e adolescentes com câncer se sentem constrangidos ao saber que terão que voltar para a escola usando máscaras, lenços, entre outros, isso faz com que se sintam desconfortáveis e ansiosos. Reforçando essa ideia, Canguilhem (2000) descreve que as crianças não ficam contentes quando as pessoas fazem comentários acerca do seu estado de saúde e sobre sua aparência física, pois ao invés disso, preferem ser recebidos e percebidos como os demais colegas e não como alguém que possui uma doença.

Respectivamente, ao ser acometido por uma enfermidade, especialmente quando essa é um câncer, a sociedade tende a desvalorizar o sujeito e a questioná-lo sobre sua doença. Todavia a escola, não se opõe a essa realidade, ao contrário, reage a essa problemática submetendo o educando a responder a diversas questões, como podemos observar em uma das falas:

“[...] perguntaram se eu tinha ficado bem, perguntaram um montão de coisa.” (S.4 – 13 anos).

Nem sempre é uma tarefa fácil conviver com as mudanças físicas e psicológicas do sujeito, pois os professores, colegas e demais pessoas envolvidas no contexto escolar não tem um conhecimento acerca da doença e, conseqüentemente, reagem a essa situação com indiferença e angústia por não saberem como fornecer assistência ao grupo.

Em razão disso, as crianças ou adolescentes ao serem reinseridos no contexto escolar se depararam com as curiosidades das pessoas, seja com as implicações que a doença produziu em sua vida, se a saúde encontra-se em boas condições e o que podem ou não fazer.

Diante desse momento de tensão, o aprendente pode demonstrar aversão ao ambiente escolar e a sala de aula, pois se percebe inferior aos seus pares, tanto a nível cognitivo como físico. Por causa disso, o processo de reinserção escolar ao invés de ser representado como algo prazeroso passa a ser visto como hostil e desmotivador.

Assim, conforme estão ilustradas na Figura 1, as representações sociais da reinserção escolar, elaboradas pelas crianças e adolescente com câncer foram construídas a partir de suas experiências e interações sociais.

6.1.2 As Representações sociais dos infanto-juvenis oncológicos acerca da prática pedagógica do professor

A partir da análise das entrevistas, verificou-se a seguinte categoria e subcategoria, como detalhada na Figura 3 a seguir:

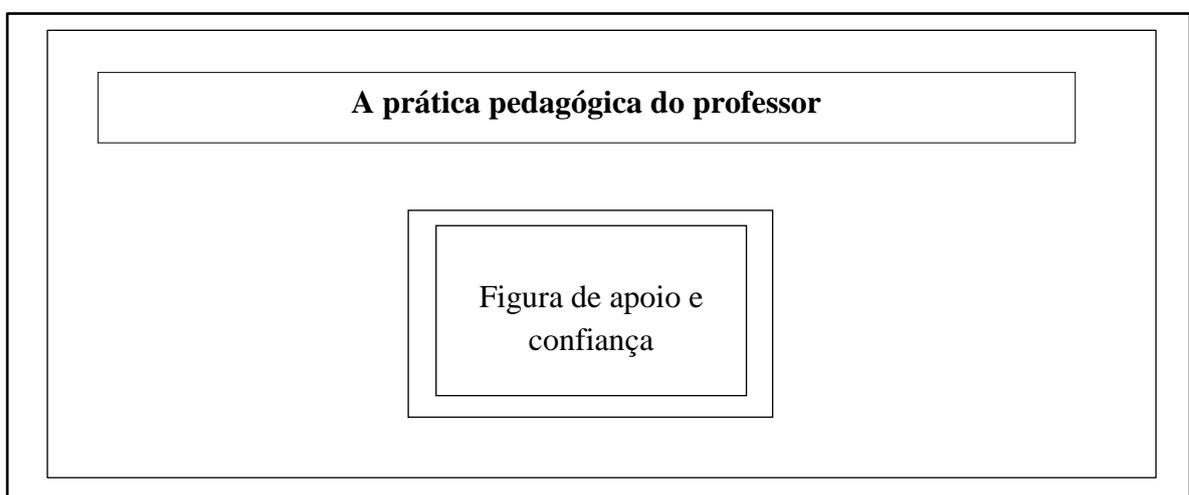


Figura 3 – As representações das crianças e adolescentes acerca da prática pedagógica do professor

O professor é uma figura importante no processo educativo, pois exerce um papel fundamental na formação do sujeito, assim, pode-se verificar que as crianças e adolescentes oncológicos representam em seu imaginário o professor como uma figura que transmite apoio e confiança:

“(professor) Conversou, ela falou sobre minha doença, que tivesse cuidado comigo, me ajudasse. [...] ele sempre me ajuda nas coisas.” (S.2 – 11 anos).

“(professor) conversou, explicou que eu tinha que usar máscara. [...] eles são legais, eles me entendem, se eu falto aula, eles me dão atividade.” (S.3 – 12 anos).

“(o professor explicou) pá ninguém tá com preconceito, que isso podia acontecer com tudo mundo.” (S.4 – 13 anos).

Além disto, os sujeitos oncológicos são conscientes da importância da prática pedagógica do professor para suas vidas, assim, o representam como alguém capaz de mediar o conhecimento, a exemplo das atividades. Sendo assim, pode-se verificar isso em uma das falas dos sujeitos:

“conversar com a professora para fazer as atividades, pra resolver cada atividade.” (S.2 – 11 anos).

Quanto a isso, é possível compreender que sentem a necessidade do auxílio do professor para intervir no fornecimento de atividades escolares. Com base nisso, é possível evidenciar que os sujeitos com câncer representam essa situação com grande entusiasmo, pois a percebem como um retorno a vida e, conseqüentemente, como um fator que os afasta do sofrimento e pensamentos desagradáveis (ROLIN; GÓES, 2009).

Contudo, embora tenham expressado em seus depoimentos o professor como uma figura positiva, Holanda (2008) expõe que nem sempre esses estão preparados para lidar com esse público. Apesar da responsabilidade não ser exclusiva desse profissional, faz indispensável à aquisição de conhecimentos acerca das particularidades do câncer e limitações que surgem durante o processo educacional desse aprendiz.

Com base nas falas acima descritas, é possível perceber que os professores tentam compensar o afastamento do aprendiz com atividades ou tarefas de classe, no entanto, os assuntos ministrados anteriormente parece não serem oferecidos às crianças ou adolescentes

com câncer. Desse modo, Holanda (2008) complementa que o grande incômodo perpassado pelos professores é se devem ou não avaliar o desempenho escolar desse aprendiz.

A insuficiência de práticas pedagógicas dos professores pode acentuar a inadaptação escolar dos sujeitos com câncer, e isso pode se agravar ainda mais quando não possuem informações acerca desta doença. Logo, as atitudes destes profissionais para com esse grupo podem ser repletas de agressividade, estresse e impaciência. Assim, é possível identificar em um dos relatos o desconforto que isso causa:

“não gosto de tia Rogiana (professora) porque ela é muito braba, ela bota a pessoa de castigo” (S.1 – 9 anos).

Os professores sentem-se despreparados metodologicamente, além disto, por ser uma doença grave, repleta de estigma da morte, revelam um impacto emocional frente ao aprendiz. Por esse motivo, faz-se necessário adquirirem um melhor entendimento sobre as condições físicas e os efeitos colaterais provocados pelo tratamento. Em harmonia com essa ideia, Moreira (2002) alerta que a preparação antecipada dos professores para receber o aprendiz é imprescindível.

6.1.3 As Representações sociais das crianças sobre o contexto escolar

A partir da análise das entrevistas, verificaram-se as seguintes categorias e subcategorias, conforme detalhadas na Figura 4 a seguir.

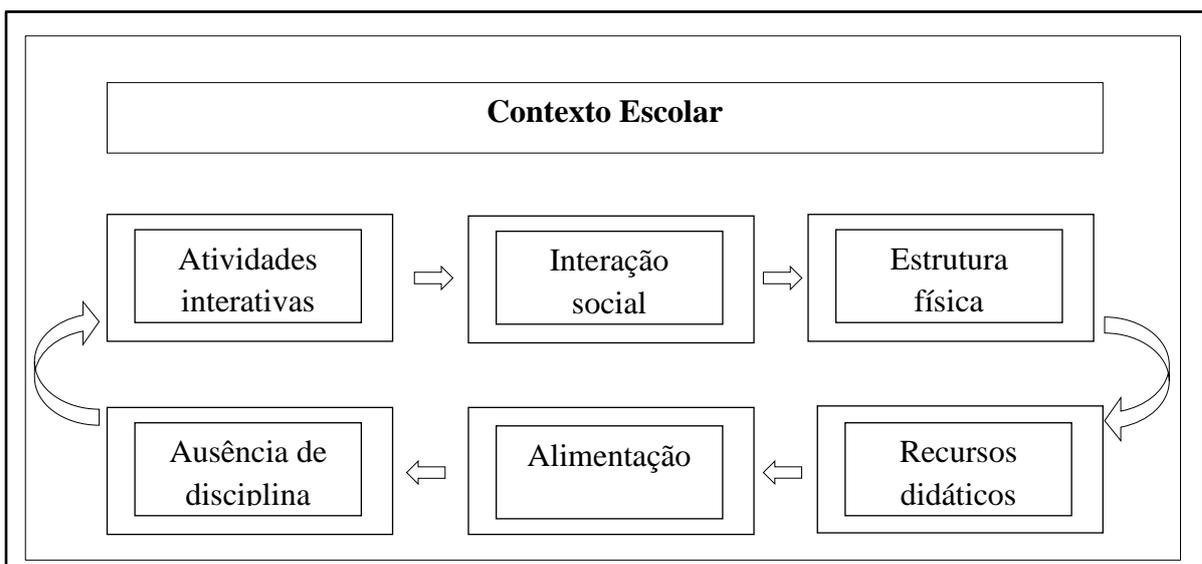


Figura 4 – As representações das crianças e adolescentes acerca do contexto escolar

A recuperação dos sujeitos oncológicos não depende, exclusivamente, de suas ações, mas essa discussão abrange um universo complexo, repleto de representações que podem favorecer ou interferir no seu desenvolvimento social, emocional e educacional. A inclusão da criança/adolescente oncológico no contexto escolar é imprescindível para o desenvolvimento de suas habilidades e formação de pensamento.

No entanto, essa população não necessita apenas ser aceita pela escola, mas de atenção e compreensão dos profissionais e colegas com quem convive parte do seu dia-a-dia. Sabe-se que o adoecimento provoca na vida da criança/adolescente uma série de modificações, como o afastamento escolar, seguindo da fragilidade das amizades e das limitações em realizar as atividades escolares e recreativas.

Apesar disso, os sujeitos expressaram a partir de seus depoimentos que a reinserção escolar também é representada como uma situação agradável e que promove a aprendizagem por meio da participação das atividades interativas:

“(gosto) da aula de computação, porque eu adoro ficar na internet; a hora do ginásio, porque eu gosto de jogar bola e gosto da hora da pausa, que a gente brinca de polícia e ladrão.” (S.1 – 9 anos).

“(gosto) de brincar porque eu me divirto com meus amigos; conversar pra bater um papo sobre um assunto ou conversar mesmo.” (S.2 – 11 anos).

“[...] gosto de estudar com eles [amigos], de fazer as atividades” (S.3 – 12 anos).

“(gosto da) banda porque além de ser divertido serve para aprendizagem, desenvolve a mente da pessoa [...] o time de futebol, é... porque joga contra um mói, contra um buncado de time, viaja...” (S.4 – 13 anos).

Através desses depoimentos percebe-se que os infanto-juvenis representam em seu imaginário o contexto escolar como um espaço que promove sua participação em atividades dinâmicas e educativas, como também, sua socialização. Além dessas atribuições foi possível identificar em uma das falas do grupo a eficiência e desempenho da administração da escola:

“[...] tudo que a pessoa for falar na direção eles resolve, não deixa passar nada.” (S.4 – 13 anos).

Tão somente, nos relatos das crianças e adolescentes oncológicos pôde-se verificar as representações que atribuem ao processo da reinserção escolar. Esses depoimentos

possibilitaram entender que os aprendentes acometidos pelo câncer são conscientes da relevância da vivência no contexto escolar, portanto, enfatizam que o contexto escolar também é representado como um ambiente que favorece e estimula a comunicação, e mais que isso, sua interação social através da troca de experiências com seus amigos de turma, professores e toda a escola:

“(gosto de) meus amigos porque eu gosto de conversar [...] meus professores... eles são legais [...] (gosto) da escola porque é bom.” (S.3 – 12 anos).

Apesar de o contexto escolar ter sido representado como um ambiente acolhedor, socializador e atrativo, as crianças e adolescentes são enfáticos ao mencionar que esse espaço também está submetido a representações negativas como estrutura física inadequada.

“só um pouquinho da higiene, eu não gosto muito... porque às vezes é sujo.” (S.3 – 12 anos).

“(não gosto do) Intervalo, porque é muito agitado” (S.4 – 13 anos).

As crianças e adolescentes após passarem por um intenso processo de tratamento ficam mais propensas a adquirir outros tipos de doenças, a exemplo das infectocontagiosas (MOREIRA, 2002). Portanto, o ambiente escolar deve favorecer segurança e condições ambientais adequadas para auxiliar na readaptação e no bem estar do aprendente.

Logo, a aprendizagem no contexto escolar não corresponde simplesmente à ação do aprendente, mas envolve a participação de todos os atores sociais. A qualidade do ensino-aprendizagem e o bem-estar dos educandos envolvem diversos aspectos, a exemplo: recursos didáticos, prática pedagógica, alimentação saudável e estrutura física:

“Não gosto de matemática porque eu não sou muito bom; português pior, e história não gosto muito não, mas tiro um 7.” [S.2]

“[não gosto] da educação física, porque os meninos bagunça, ai não fica bem organizada.” [S.4].

Esses depoimentos revelaram que nem sempre os professores sabem utilizar uma metodologia propícia que corresponda às necessidades da turma, especialmente das que

possuem um aprendente que adoeceu de um câncer. Essa dificuldade ou omissão por parte dos profissionais pode suscitar uma série de consequências para todo o contexto escolar.

Isto posto, considera-se que a representação negativa do aprendente acerca da aula de educação física está relacionada à insuficiência de estratégias metodológicas, as quais podem, porventura, estimular o não engajamento do aprendente nas atividades. Respectivamente, a insatisfação com algumas disciplinas podem suscitar em dificuldades de aprendizagem e desmotivação.

Simultaneamente, essa situação pode acarretar em prejuízo para o próprio docente, na medida em que, os comportamentos indisciplinados dos aprendentes, o conduza a sentir-se incapaz. Em resposta a isso, o professor eventualmente estará sujeito a desenvolver um elevado nível de estresse, seguindo do não comprometimento com a turma, sobretudo, com a criança ou adolescente oncológico.

Contudo, não são apenas essas dificuldades com que os aprendentes oncológicos se deparam durante sua reinserção escolar. Uma má alimentação seguida de um ambiente desagradável são situações que causa incômodo e os desmotivam, assim, isso fica evidente em suas falas:

“Não gosto do lanche, porque tem vezes que tá ruim e eu vômito.” (S.1 – 9 anos).

“o recreio [...] queria que fosse mais organizado.” (S.2 – 11 anos).

“(escola) eu deixaria ela mais limpa, porque ela é suja.” (S.3 – 12 anos).

“[...] o lanche, porque nunca gostei do lanche do colégio.” (S.4 – 13 anos).

Quanto a isso, Paterlini e Boemer (2008) alertam que essa população precisa desfrutar de um ambiente agradável e ventilado, uma alimentação saudável e com condições adequadas de higiene. Além disso, para que a reinserção escolar possa ser representada como um momento prazeroso faz-se necessário a melhoria dos recursos didáticos. Sobre isto, um dos sujeitos relatou:

“A sala de computação...todo mundo quer participar da aula, mas nem todo mundo consegui porque só tem alguns computadores.” (S.4 – 13 anos).

Em detrimento disso, o contexto escolar precisa promover as crianças e adolescentes com câncer sua inserção, como também, oferecer uma assistência especializada que permita sua comodidade, bem como, o desenvolvimento de suas estratégias sociais e cognitivas.

Portanto, a inclusão escolar desse grupo deve acontecer, visto que continuam tendo capacidades para aprimorar seus conhecimentos e adquirir novos (CAMARA, 2011).

Os aprendizes precisam representar em seus imaginários o processo da reinserção escolar, não como algo assustador, sofredor e excludente, mas sim, como um momento que promove possibilidades de desfrutar novas experiências e, conseqüentemente, outras formas de conhecimento e maturidade.

Destarte, lidar com uma situação que remete a sentimentos de medo e angustia, além de ter que conviver em um contexto escolar composto por uma diversidade humana, nem sempre é tarefa fácil para crianças e adolescentes que tiveram câncer (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2009). A falta de conhecimento, estrutura, recurso didáticos e pedagógicos, como mencionados anteriormente em suas falas, são aspectos que, muitas vezes, influenciam na construção de representações negativas acerca da reinserção escolar.

Sob essa ótica, os profissionais que atuam no contexto escolar, necessitam adquirir conhecimentos específicos sobre o câncer, bem como, uma maneira adequada para atuarem com esse público. A instituição escolar precisa se configurar como espaço que promove a construção de uma prática social, a qual é capaz de reconhecer o indivíduo como um ser dotado de talentos próprios, que se estimulados serão desenvolvidos e aprimorados.

6.2. Resultados referentes aos Desenhos-estórias com Tema

Os dados serão descritos e analisados por meio da análise de conteúdo, assim, os temas relevantes serão organizados em categorias e, posteriormente serão discutidos.

Desenho 1



FONTE: Sujeito 1

A minha escola

“Estudar é muito bom, a pessoa aprende a ler e escrever, é bom o dia de educação física, é bom o dia de aula de informática, gosto muito da minha professora, adoro meus coleguinhas para brincar, gosto meu diretor e do meu professor de computação.” (S.1 – 9 anos).

A partir desse relato percebe-se que a criança ou adolescente que teve câncer possui um desejo enorme em voltar a frequentar a escola e a conviver com seus colegas, professores e demais pessoas. Conforme essa história verificou-se duas categorias: *ambiente de aprender e motivação*.

Na primeira categoria “*Ambiente de aprender*”, percebe-se que o sujeito representa a escola como um ambiente que media a aprendizagem, assim, seus desejos são intensificados, especificamente a ler e escrever. Segundo Rezende, Schall, Modena (2011), a vontade expressa pelo sujeito pode ser intensificada em razão das dificuldades escolares comprometidas pelas constantes faltas à escola. Essas autoras acrescentam que o sujeito que tem câncer possui necessidades especiais de educação, assim, a instituição escolar necessita desenvolver práticas educativas inclusivas.

Diante dessa nova realidade, Lombardo, Popim, Suman (2011) intensificam que o processo de aprendizagem se torna fundamental para o desenvolvimento cognitivo. A criança ou adolescente com câncer ao ter consciência das condições físicas, psicológicas e cognitivas fortalecem seus sentimentos de euforia, otimismo e certeza de cura.

Na segunda categoria “*Motivação*”, verificou-se que os sujeitos podem representar a escola como um ambiente que oportuniza a motivação, na medida em que, permite desempenhar funções que seus pares e demais pessoas realizam, a exemplo da aula de informática.

Em razão da possibilidade de continuar as atividades escolares e recreativas de antes, a instituição escolar estimula a motivação nos sujeitos oncológicos e, conseqüentemente, esses encontram força e esperança para superar as dificuldades escolares e as implicações geradas durante o longo período de tratamento, internação e medicação.

Reforçando essa ideia, Lombardo, Popim, Suman (2011) descrevem que essas pessoas olham para o futuro com otimismo, na medida em quem acreditam que a doença foi superada. Assim, de agora em diante poderão voltar a participar das atividades escolares, interagir com seus colegas e, simultaneamente, aprender.

Desenho 2**FONTE: Sujeito 2****Minha vida na escola**

“Na escola foi muito legal. Eu encontrei varios amigos e fiz novas amizades. Na escola eu brinquei de varias coisas menos de correr no sol eu so podia brincar na sombra por causa do meu tratamento. Meu maior sonho é de ser jogador de futebol mais eu não posso ser um jogador de futebol. Eu também queria ser desenhista mais também desisti. Lá na rua meus amigos sempre me chamarão para brincar mais eu não podia eu só podia se fose dentro de casa então eu chamava meu melhor amigo crynstian para brincar la em casa era o amigo que me apoiava e me protegia. (S.2 – 11 anos)”

De acordo com a análise dessa história, verifica-se que o câncer causa uma série de mudanças na vida da criança ou adolescente, como também, das demais pessoas com quem convive. Portanto, a partir desse relato, identificaram-se três categorias: *impossibilidade*, *frustração* e *amizade consistente*.

Na primeira categoria “*Impossibilidade*”, percebe-se que o sujeito correlaciona o retorno à escola a um momento no qual pode rever seus amigos e conhecer outros. Ademais, a reinserção escolar também é representada como um acontecimento que remete a algumas impossibilidades. O sujeito é consciente que sua rotina diária não poderá ser como antes, que nem sempre terá possibilidades de realizar as atividades e de frequentar determinados lugares que podem comprometer sua saúde física.

Em conformidade com o acima descrito, Lanza (2008) explica que o sujeito oncológico depara-se com uma situação inesperada que repentinamente o conduz a mudar seus comportamentos, atividades e rotina. Mesmo inserido nos espaços que antes frequentava, esse aprendente precisará desenvolver estratégias que o ajude a conviver com algumas impossibilidades temporárias ou duradouras.

Nesse estado em que se encontram, as crianças e adolescentes com câncer devem contar além do apoio familiar, o da instituição escolar. Os diversos profissionais (professores, psicopedagogos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, dentre outros) necessitam não somente ter conhecimento sobre a doença e do que essa causa na vida do sujeito, como também desenvolver estratégias que permita a esse aprendente participar e interagir como um ser normal e com capacidades.

Na segunda categoria “*frustração*” foi possível identificar que o aprendente enfatiza o quanto o câncer causou modificações não somente na sua rotina, mais que isso, nos seus sonhos. Assim, esse sujeito percebe que apesar de estar frequentando a escola não poderá realizar todos os sonhos, entre esses está um que muitos de seus colegas de sua idade desejam que seja jogador de futebol.

Apesar de não ter descrito na história, após terminar o texto, em seu discurso falou que não poderia ser jogador de futebol porque sua mãe não deixava, devido aos riscos físicos que a atividade esportiva poderia causar em sua vida. Com base nisso pressupõe que a reinserção escolar também é representada com grande frustração, pois algumas atividades recreativas, como a prática de esporte nem sempre poderá ser realizada pela criança ou adolescente com câncer (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

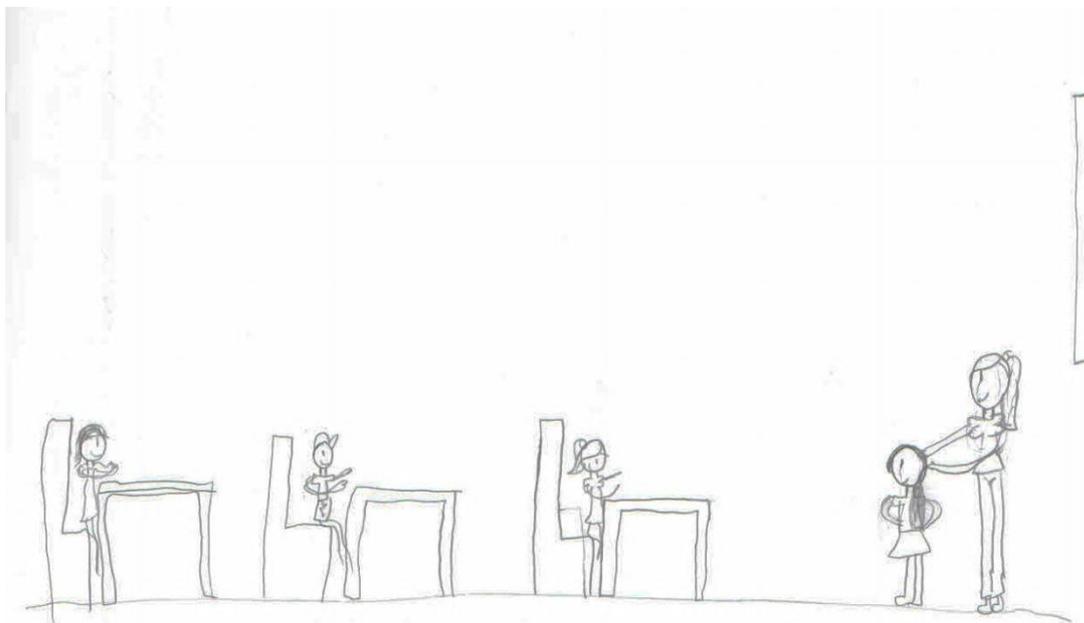
Sabe-se que as atividades escolares tem o objetivo de estimular a aprendizagem (MUNHÓZ; ORTIZ, 2006). Portanto, mesmo que a criança ou adolescente oncológico não possa realizar atividades como praticar esportes, a escola tem o papel importante de oferecer outros recursos que favoreça o bem estar desses aprendente. Propiciar estímulos verbais e didáticos, incentiva a ter pensamentos positivos e a interagir com os seus pares, são algumas maneiras que podem resultar em sentimentos de esperança e satisfação (SILVA; ALMEIDA, 2003).

Através da terceira categoria “*amizade consistente*” foi possível identificar que as relações sociais são muito mais significativas para o sujeito que é acometido por uma doença, especificamente quando essa é um câncer (NAPOLI, 2010). Isso pode ser reforçado, na medida em que, as atividades lúdicas, muitas das vezes, são limitadas ao ambiente familiar, contanto apenas com as pessoas mais próximas (SILVA; CABRAL; CHRISTOFFEL, 2010)

Compreende a partir disso, que as amizades não são simples relações passageiras, mas que isso, é um alicerce para a recuperação e felicidade da criança ou adolescente com câncer. Desse modo, Lanza (2008) assegura que os laços de amizades são extremamente valorizados para esses sujeitos.

Portanto, os profissionais envolvidos no processo educativo, após receber esse sujeito precisam dialogar e ouvi-lo, tomar conhecimento acerca das suas angústias, quais são seus pensamentos, e qual são suas expectativas e sonhos para o seu futuro (SILVA; ALMEIDA, 2003). A partir dessas informações será possível traçar planos e intervenções para que se aprimore os conhecimentos, amplie as relações sociais e, assim, consiga evoluir as habilidades cognitivas.

Desenho 3



FONTE: Sujeito 3

Meu primeiro dia de aula

“No meu primeiro dia de aula foi muito emocionante pois eu fui um dia depois do meu aniverssario ai meus amigos cantaram parabéns para mim e nós todos se emocionamos e foi muito bom meu primeiro dia de aula.” (S.3 – 12 anos)

Com base na análise dessa história, percebe-se que o retorno à escola é compreendido como um momento especial, repleto de emoções. Assim, a partir desse relato foi possível identificar duas categorias que representam o processo de reinserção escolar, sendo essas: *sentimentos e apoio social*.

Na primeira categoria “*sentimentos*” foi possível identificar que o sujeito expressa ansiedade em retornar ao contexto escolar e a partir de sua nova realidade desenvolver um futuro de grandes projetos (COUTO, 2004). Constatou-se a presença de sentimentos de euforia em poder voltar ao ambiente que julga ser importante para o aperfeiçoamento de suas habilidades e atenuação ou resolução de suas dificuldades.

Na segunda categoria “*apoio social*” foi possível identificar que após se afastarem da sua rotina diária, os sujeitos que tiveram câncer, quando são reinseridos na escola, representam esse espaço como um lugar que encontram apoio social, contribuindo assim, para o seu bem estar e desenvolvimento de fatores positivos (PEDRO et. al, 2008).

Desenho 4



FONTE: Sujeito 4

O dia que retornei para a escola

“O dia que retornei para a escola foi um dia muito especial para mim porque eu também revi minhas professoras e voutei a toca na banda marcial da escola e também fiz muitas coisas atividades legais joguei bola no ginásio do colégio então o dia que eu retornei pra escola foi assim que aconteceu aliais foi tudo de bom.” (S.4 – 13 anos).

A partir da análise dessa história, identificaram-se três categorias que estão relacionadas à reinserção escolar, dessa forma, o sujeito representa esse momento a partir das seguintes categorias: *momento especial*, *reestabelecimento dos vínculos sociais* e *desejo em participar das atividades*.

A instituição escolar é considerada para a criança e adolescente um dos espaços mais importantes, pois permite restituir os relacionamentos entre os pares, professores e os demais profissionais envolvidos nesse processo de escolarização (MOREIRA, 2002). Assim, dispor de condições de saúde favoráveis possibilita-os voltarem a frequentar a escola.

Na primeira categoria “*momento especial*” verificou-se o sujeito representa em seu imaginário a reinserção escolar como uma ocasião especial e almejada, incorporada de felicidade, prazer e entusiasmo, que adiciona à sua vida propicia a novas possibilidades de crescer pessoalmente e profissionalmente e de impulsionar a elaboração de outros sonhos e expectativas para o futuro.

Na segunda categoria “*reestabelecimento dos vínculos sociais*”, percebe-se que o sujeito não representa a reinserção escolar apenas como um lugar que promove a superação das dificuldades, mas também, como um espaço que promove o reestabelecimento dos vínculos sociais. Assim, na escola, esse grupo tem a oportunidade de rever as pessoas com quem conversava, brincava e aprendia (PATERLINI; BOEMER, 2008).

Na terceira categoria “*desejo em participar das atividades*”, verificou-se que o sujeito também representa sua reinserção escolar como um espaço que permite sua ação por meio da participação nas atividades didáticas e recreativas. Essa flexibilidade dos diversos tipos de atividades, permitir aos aprendentes que tiveram câncer adquirir conhecimentos, a partir da prática dinâmica e interativa com seus pares, buscando assim, o que haviam perdido devido o episódio do tratamento (LOMBARDO; POPIM; SUMAN, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados foi possível verificar as representações sociais das crianças e adolescentes com câncer acerca da reinserção escolar, mediante isso, acredita-se que o objetivo principal desse estudo tenha sido alcançado.

Os dados provenientes desta pesquisa revelaram que esse grupo representa a escola como um ambiente indispensável para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Contudo, este estudo apresentou algumas limitações que serão descritas neste momento e que poderão ser sanadas em pesquisas futuras.

Dentre as limitações, destaca-se o instrumento utilizado, que apesar de permitir que o participante expresse seus pensamentos e sentimentos, também pode favorecer a tendência a respostas construídas de acordo com deseabilidade social e, assim, influenciar o conteúdo dos discursos e desenhos-estórias analisados.

Outra limitação encontrada refere-se à amostra, pois esta foi convencional, isto é, não probabilística e intencional, participavam do estudo as pessoas que se dispuseram por vontade própria, o que impossibilitou a participação de uma amostra maior. Em virtude disto, este estudo poderia ser realizado novamente com uma amostra probabilística, mais heterogênea e representativa, possibilitando assim, a generalização dos resultados.

Todavia, essas limitações não invalidam os dados do presente estudo, pois é possível verificar que as representações podem influenciar no comportamento, percepções e expectativas das crianças e adolescentes oncológicos. Nesse sentido, a partir dos resultados apresentados neste estudo é possível verificar que o momento da reinserção escolar pode ser representada como algo negativo ou positivo para a vida daquele que possui uma câncer.

Logo, de acordo com este estudo, pode-se dizer que a reinserção escolar é representada como um fator negativo quando causa angústia por causa das alterações corporais e restrições a determinadas atividades (correr, pular, entre outras) que possam causar danos físicos. Não obstante, também foi representada como um espaço que causa desconforto, na medida em que, precisa defrontar-se com os incessantes questionamentos dos professores e colegas sobre sua doença e situação de saúde. Além disto, foi associado a um ambiente desprovido de estrutura física adequada e de recursos didáticos convenientes para resolução ou minimização das dificuldades de aprendizagem que foram ocasionadas em virtude do período de afastamento.

Frente a esses aspectos negativos faz necessária a expansão de políticas públicas direcionadas ao aperfeiçoamento do sistema de ensino que deve está apto a receber esse público e oferecer uma assistência que atenda as suas necessidades físicas, emocionais e

cognitivas. Simultaneamente, os professores, família e hospital precisam desenvolver um trabalho em conjunto, buscando sempre o ajustamento social e psicológico do sujeito oncológico.

Por outro lado, os sujeitos oncológicos também representaram a reinserção escolar como um fator positivo em suas vidas e que promove o bem-estar e a motivação, uma vez que, os possibilitar reativar as atividades escolares e aos relacionamentos sociais. Além disso, as crianças e adolescentes associam em seus imaginários a um lugar que valoriza suas potencialidades. Concomitante, o ambiente escolar impulsiona a independência, além de, propiciar a separação do sujeito e sua doença, por meio do convívio com outras pessoas e da familiarização com informações novas acerca de diversos temas (leitura, escrita, entre outras).

Portanto, este estudo contribuiu para a comunidade acadêmica, uma vez que, apresenta as representações da criança/adolescente com câncer, especialmente no que diz respeito ao momento da reinserção escolar, ocasião em que o paciente precisa de apoio social para enfrentar os desafios da doença, das alterações da autoimagem e das atividades escolares, já que passou por muitas perdas, dentre elas, os dias letivos que não pode frequentar a escola devido ao tratamento.

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais acerca desta doença e de suas implicações para a vida do aluno, ao mesmo tempo em que aponta para a criação de estratégias de ensino que potencialize o rendimento escolar dessas crianças e auxilie na reconstrução dos laços sociais.

Assim, busca-se despertar a comunidade escolar a refletir a respeito da assistência que devem proporcionar ao sujeito oncológico. Relativamente a isto, a escola precisa usufruir de recursos técnicos e humanos capacitados para receber esse público, além de desenvolver um trabalho interativo entre professores, gestores, assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos, entre outros, que tenham o designo de aprimorar o relacionamento entre os pares, bem como, as demais pessoas inseridas no ambiente.

Ademais, o presente estudo colaborou para conscientizar a família sobre a importância de seu filho (a) voltar a frequentar a escola, independente, do período de afastamento, pois, como foi destacado pelo presente grupo, em suas diversas falas, a escola é importante, pois promove a aprendizagem e media o relacionamento entre as pessoas.

Este estudo também pode ajudar a conscientizar a sociedade, já que mostra, através das representações dos pacientes oncológicos, o significado que as crianças apresentam de suas capacidades para aprender, interagir e realizar atividades escolares e recreativas.

Diferentemente do estereótipo que a sociedade tem dos pacientes oncológicos, como pessoas incapazes de realizar tarefas e frequentar espaços sociais (OLIVEIRA; GOMES, 2008).

Contudo, em virtude da insuficiência de estudos que discuta o tema da reinserção escolar e a relação com a temática das representações sociais, sugere-se o desenvolvimento e aprofundamento de novos estudos. Desse modo, seria relevante, aperfeiçoar os conhecimentos, com base na utilização de outros instrumentos e de um número maior de participantes, assim como, a associação com outras variáveis, a exemplo de atitudes positivas frente a escola e traços de personalidade (resiliência).

Em vista do desprovimento de pesquisas nacionais que explore a equipe de professores frente ao seu aprendente com câncer, sugere-se a elaboração de materiais empíricos que permitam conhecer as representações dos professores à respeito das crianças e adolescentes com câncer, assim como, as medidas por eles utilizadas para promover a qualidade de vida, a aquisição do conhecimento e a formação de relacionamentos sociais sadios.

Propõe-se ainda, a inserção de psicopedagogos nos hospitais com vistas a desenvolver atividades que favoreçam o bem estar, a inclusão dos indivíduos ao grupo escolar e a estimulação das habilidades cognitivas, afetivas e sociais.

Sugere-se também a elaboração de cartilhas, vídeos e livretos, destinados às famílias, escolas, hospitais e população geral que tenham o objetivo de descrever informações compreensivas sobre essa doença crônica, e quais atitudes devem ser tomadas frente a um filho (a), aluno ou paciente com neoplasia. Além disto, propõe a construção de instrumentos que minimizem a desajustabilidade social e, conseqüentemente permita apoderar-se de dados mais consistentes e confiáveis.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. *Práticas sociais y representaciones*. México: Coyoacán, 2001.
- AIELLO- VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos nas pesquisas de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, v.6, n.2, p.103 -27, 1995.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Rev. Múltiplas Leituras*, v.1, n. 1, p. 18-43, 2008.
- AMORIM, B. S. *A psicopedagogia e a abordagem centrada na pessoa*. 2013. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/abordagens/centrada-na-pessoa/a-psicopedagogia-e-a-abordagem-centrada-na-pessoa#ixzz2YJIGmU3B>>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. *Ciência Cuidado Saúde*, v.8, n.1, p.131-137, 2009.
- ARAÚJO, T. C. C. F. Câncer infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica. *Psicologia Hospitalar*, v.4, n.1, p. 1-12, 2006.
- AZEREDO, Z. et al. A família da criança oncológica. *Acta Médica Portuguesa*, v. 17, p. 375-380, 2004.
- AZEVEDO, A.V. S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. *Est. Psicol. (Campinas)*, v. 28, n. 4, p. 565-572, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BORSA, J. C. *O papel da escola no processo de socialização infantil* (2007). Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0351.pdf>> Acesso em: 10 ago 2013.
- BRAGA, P. E.; LATORRE, M. R. D. O.; CURADO, M. P. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, p.33-44, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. INCA, Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. INCA, Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente*. INCA, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. INCA, Rio de Janeiro, p.122, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. INCA, Rio de Janeiro, p.129, 2012.

CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v.38, n.1, p. 51- 60, 2004.

CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar*. São Paulo: Lemar, 2007.

CAMARA, C. T. *A reinserção escolar de crianças e adolescentes com câncer após o término do tratamento: subsídios para o cuidado de enfermagem*. São Paulo, 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CARDOSO, F. T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Rev. SBPH*, v.10, n.1, p. 26-52, 2007.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CICOGNA, E.C.; NASCIMENTO, L.C.; LIMA R.A.G. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Rev. Latino-Am*, v. 18, n.5, p. 1-9, 2010.

COUTINHO, M.P.L. et al. *Métodos em Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

COUTO, L. L. *A (con) vivência da família com o escolar em controle da doença oncológica: perspectivas para a enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro, 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DI NAPOLI, F. O. *Análise do desempenho cognitivo em pacientes pediátricos e juvenis submetidos a tratamento antineoplásico*. Porto Alegre, 2010. 77 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEITOS, T. F. H.; GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre pacientes e familiares. *Rev. Bras. Cancero*, v.42, n.2, p. 117-26, 1997.

FRANÇOSO, L. P. C.; VALLE, E. R. M. A criança com câncer - estudo preliminar. *Pediatria Moderna*, v.35, n.5, p.330-31, 1999.

GONÇALVES, C. F. G; VALLE, E. R. M. O significado do abandono escolar para a criança com câncer. *Acta Oncol. Bras.* v, 19, n.1, p. 273-79, 1999.

GOMES, R.G.S. *Representações sociais dos profissionais da educação acerca dos adolescentes em conflito com a lei*. João Pessoa, 2013. 58 f. Monografia – não publicada (Curso de Psicopedagogia) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba.

GREENBERG, H.; KAZAK, A. E.; MEADOWS, A. Psychological adjustment in 8–16 year old cancer survivors and their parentes. *Journal of Pediatrics*, v. 114, p. 488–93, 1989.

HOLANDA, E. R. *Doença crônica na infância e o desafio do processo de escolarização: percepção da família*. João Pessoa, 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

HOLANDA, E. R.; COLLET, N. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 34-42, 2012.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D., *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 17-44, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Re(des)cobrando o outro: para um entendimento da alteridade na Teoria das Representações Sociais. In: ARRUDA, A. et al. *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes, p. 69-82, 1998.

LANZA, L. F. *Ser criança com câncer em etapa final de tratamento sua visão de futuro*. São Paulo, 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LEMOES, F. A.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intraecal. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 485-93, 2004.

LI J et al. Cancer incidence among children and adolescents in the United States. *Pediatrics*, v.121, n.6, p. 1470 - 1477, 2008.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C.; SUMAN, A. L. Da onipotência ao desgaste: as perspectivas do adolescente em quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.19, n. 3, p. 1-9, 2011.

MALTA, J. D. S. *Câncer infantil: o viver, o sentir e o tratar*. 67 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O Momento do Diagnóstico e as Dificuldades Encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no Tratamento do Câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.55, n.1, p.33-39, 2009.

MELO, L. L. *Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca*. São Paulo, 2003. 153 f. Teste (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MELO, M. F. V.; GOUVEIA, M. G. C. Considerações sobre a teoria das representações sociais. *Revista Interlocuções*, v. 1, n. 1, p. 40-51, 2001.

MENEZES, C. N. B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. 7, n. 1, p. 191-210, 2007.

MENDONÇA, N. Por que o câncer deve ser considerado como uma doença “própria” da infância. *J Pediatr*, v.76, n. 4, p.261-2, 2000.

MINUCHIN, S. *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MOREIRA, G. M. S. *A criança com câncer vivenciando a reinserção escolar: estratégia de atuação de psicólogo*. São Paulo, 2002. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Trad. Pedrinho A. Guarischi, 7.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

- MUNHÓZ, M. A.; ORTIZ, L. C. M. Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. *Educação*, v. 58, n.1, p. 65-83, 2006.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. *Rev. Esc. Enferm.*, v. 39, n. 4, p. 469-74, 2005.
- NIGRO, M. *Hospitalização: impacto na criança no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- OLIVEIRA, A. P.; GOMES, A. M. T. A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. *Rev. Enferm.(UERJ)*, v. 16, n. 4, p.525-31, 2008.
- ORTIZ, L. C. M.; FREITAS, S. N. *Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas*. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/5123/3103>>. Acesso em: 20 ago. 2013.
- ORTIZ, M. C. A.; LIMA, R. A. G. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra o câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 411-7, 2007.
- PATERLINI, A. C. C. R.; BOEMER, M. R. A reinserção escolar na área de oncologia infantil – avanços & perspectivas. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 4, p. 1152-8, 2008.
- PAVARINO, R. N. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. 2003. Disponível em:< http://scholar.google.com/scholar?q=Teoria+das+representa%C3%A7%C3%B5es+sociais%3A+pertin%C3%Aancia+para+as+pesquisas+em+comunica%C3%A7%C3%A3o+de+massa.+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 2 ago. 2013.
- PEDRO, M. E. A.; VALLE, E. R. M. Grandes desafios para seres tão pequenos: vivenciando o câncer infantil. *Soc. Bras. de Psico-Oncologia*, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2010.
- PEDRO, I. C. S. et al. Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. *Rev Latino-am Enferm*, v.16, n.3, p. 1-8, 2008.
- PETRILLI et al. Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre o câncer na criança e no adulto. *Rev. bras. cancerol*, v.43, n.3, p.191-203, 1997.
- PICCININI, A. C. et al. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*, v.8, n.1, p.75-83, 2003.
- PITOMBO, E. M. Família, psicopedagogia e pós-modernidade. *Cadernos de Psicopedagogia*, v. 6, n. 11, p. 1-12, 2010.
- PORTO, O. *Bases da psicopedagogia: diagnóstico e intervenção nos problemas de aprendizagem*. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ, Wak Editora, 2009.
- PRAÇA, K. B. D.; NOVAES, H. G. V. A representação social do trabalho do psicólogo. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 32-47, 2004.
- RAMOS, G. P. Pedagogia: Aparando arestas pela história. *Vidya*, n. 1, v.27, p.9-20, 2009.

REZENDE, A. M.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O câncer na adolescência: vivenciando o diagnóstico. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 13, n. 3, p.55-66, 2011.

RIBEIRO, C. R.; JUNIOR, A. A. P. A Representação Social da criança hospitalizada: Um estudo por meio do procedimento de Desenho-Estória com tema. *Rev. SBPH*, v. 12, n. 1, p.31-56, 2009.

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transicionalidade e uso do procedimento de desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas*. 146 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*,v. 49, n.1, p.29-34, 2003.

ROLIM, C. L. A.; GÓES, M. C. R. Crianças com câncer e o atendimento educacional nos ambientes hospitalar e escolar. *Educação e Pesquisa*, v.35, n.3, p. 509-523, 2009.

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. O Efeito da Radioterapia Sobre a Qualidade de Vida dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.54, n.4, p.323-329, 2006.

SARAIVA, E.R.A. *A experiência materna mediada pela depressão pós- parto: um estudo das representações sociais*. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

SILVA, P. B.; ALMEIDA, P. M. A. O estresse vivenciado pela criança/família com câncer e as relações com a equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.1, n.1, p. 53-61, 2003.

SILVA, F. A. C. *et al.* Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 13, n. 2, p. 334-41, 2009.

SILVA, J. A. P. A teoria das representações sociais na pesquisa Interdisciplinar. *Rev. Ciências Humanas* (Florianópolis), v.44, n. 2, p. 537-541, Out. 2010.

SILVA, L. F.; CABRAL, I. E.; CHRISTOFFEL. As impossibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. *Acta Paul Enferm*, v. 23, n. 3, p. 334-40.

SILVA, D. S. *Câncer da infância e da adolescência: tendência de mortalidade em menores de 20 anos no Brasil*. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

TAKAMATU, E. E. *Tumor de Wilms: características clínicas e cirúrgicas de importância prognóstica*. Porto Alegre, 2006. 71 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal Rio Grande do Sul.

TORRES, W. C. *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VALA, J. Representações Sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, v. 32, n. 140, p. 7-29, 1997.

ANEXOS

ANEXO A: Carta de Anuência**CARTA DE ANUÊNCIA**

A Casa da Criança com Câncer, situado à Rua Deputado Odon Bezerra 215, Centro, 58020500, em João Pessoa-PB, concorda em participar da realização do projeto intitulado **As Representações Sociais das crianças e adolescentes com câncer sobre a reinserção escolar**, que tem por objetivo geral conhecer as Representações Sociais das crianças com câncer acerca da reinserção escola. O projeto é coordenado pela Prof^a Dr^a Patrícia Nunes da Fonsêca da Universidade Federal da Paraíba – PB, e-mail patynfonseca@hotmail.com, tel. (83) 3216-7200. Estou ciente que a participação nesta pesquisa não trará complicações legais como também nenhum dos procedimentos utilizados ofereceram riscos e desconfortos aos participantes.

Rosymere Rafael da Silva

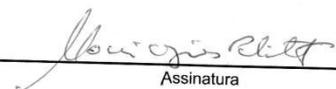
João Pessoa, 11 de junho de 2013.

ANEXO B: Folha de rosto (Comitê de Ética)



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS COM CÂNCER SOBRE A REINserÇÃO		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 15	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Patrícia Nunes da Fonseca			
6. CPF: 675.852.564-34		7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO RABELO JUNIOR, 70 MIRAMAR 1206 JOAO PESSOA PARAIBA 58032090	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (83) 3227-0655	10. Outro Telefone:
		11. Email: patynfonseca@hotmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>26 / 06 / 2013</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal da Paraíba		14. CNPJ: 24.098.477/0007-05	15. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
16. Telefone: (83) 3216-7964		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MONICA DOS SANTOS</u>		CPF: <u>570481774-20</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADORA DE DEPARTAMENTO</u>			
Data: <u>26 / 06 / 2013</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CE – DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOPEDAGOGIA
CEP 58.051-900 – João Pessoa – PB
E-MAIL: patynfonseca@hotmail.com**

Prezado(a) colaborador(a),

Esta pesquisa tem o propósito de conhecer um pouco mais sobre a reinserção escolar da criança com câncer sob orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Nunes da Fonsêca.

Este trabalho poderá contribuir para orientar pais e professores, já que busca conhecer qual o significado que a criança com câncer atribui a sua volta à escola.

Solicitamos a sua anuência à participação de seu (sua) filho (a) nesta pesquisa, como também autorização para publicar os resultados deste estudo.

Esclarecemos, que a participação do seu (sua) filho (a) no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Podendo, a qualquer momento, desistir do mesmo.

Queremos lhe garantir o caráter anônimo e confidencial de todas as informações. Contudo, antes de prosseguir, de acordo com o disposto nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário documentar seu consentimento.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para meu filho(a) participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Responsável

Por fim, nos colocamos a sua inteira disposição no endereço abaixo para esclarecer qualquer dúvida que necessite.

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Educação - CE, Departamento de Psicopedagogia, Campus I, Cidade Universitária.

CEP: 58.051-900

Telefone do Ambiente de Trabalho: (83) 3214 7444

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do CCS Universidade Federal da Paraíba CAMPUS I, Cidade Universitária CEP: 58.051-900 eticaccsufpb@hotmail.com</p>

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista Semiestruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 4 Depois que se recuperou, você quis voltar para a escola? Por quê?
- 5 Você teve vergonha ou medo de voltar para a escola? Por quê?
- 6 Como foi seu primeiro dia de aula após o tratamento?
- 7 Como o seu professor (es) e amigos (as) receberam você?
- 8 O professor (es) conversou com seus colegas de sala sobre sua doença? Como foi?
- 9 Você gosta do seu professor? Por quê?
- 10 Seu professor ajuda quando você tem dificuldade em fazer alguma atividade?
- 11 Diga três coisas que gosta na sua escola. Por quê?
- 12 Diga três coisas que não gosta na sua escola. Por quê?
- 13 O que você mudaria na sua escola? Por que?

APÊNDICE C. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- a) Nome: _____
- b) Idade: _____
- c) Reside em: _____
- d) Reside com:
- Pai/Mãe
 - Irmãos _____
 - Outros _____
- e) Sexo: Masculino Feminino:
- f) Grau de escolaridade:
- 3º Ano
 - 4º Ano
 - 5º Ano
 - 6º Ano
 - 7º Ano
 - 9º Ano
- g) Repetiu o ano: Sim Não. Caso Sim, qual (motivo) _____
- h) Ausentou-se da escola durante o tratamento, quanto tempo _____
- i) Segue alguma religião? Sim Não
- j) Se sim, qual?
- Catolicismo
 - Protestantismo
 - Espiritismo
 - Mormonismo
 - Outro _____
- k) Diagnóstico: _____
- l) Tipo de tratamento: _____
- m) Início do tratamento: _____
- n) Término do tratamento: _____
- o) Acompanhante durante o tratamento Pai Mãe Outros _____