



Volume II, número 2, jul-dez, 2021, pág. 542-567.

TERAPIAS INVASIVAS À CRIANÇA COM CÂNCER À LUZ DA FENOMENOLOGIA: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Maria Pires da Cruz Leal

Ewerton Helder Bentes de Castro

Resumo

A enfermagem é caracterizada como uma profissão do cuidado. Os profissionais desenvolvem suas atividades laborais junto a várias instâncias no ambiente hospitalar. Dessa forma, a preocupação com o cuidar de quem cuida é substancial para a qualidade do serviço de saúde. Em se tratando de uma criança com câncer, a saúde mental do seu cuidador é ainda mais primordial. O objetivo deste estudo é compreender através dos discursos, os significados e as possibilidades de ressignificar a vivência do ser-enfermeiro na atuação com terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer. É uma pesquisa de natureza qualitativa e desenvolveu-se de acordo com os preceitos do método fenomenológico que prioriza um olhar sobre a vivência do outro, seu mundo-vivido. Para a consecução desta pesquisa foi utilizada uma entrevista áudio gravada que partiu de questão norteadora, que após transcritas íntegra e literalmente, foram identificadas as Unidades de Significado, posteriormente a elaboração das Categorias Temáticas. Foram entrevistadas três enfermeiras que desenvolvem suas atividades na Unidade de Tratamento Intensivo infantil na Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas. A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução CNS 466/12 que legisla sobre a Pesquisa com seres humanos. Foram identificadas as seguintes Categorias de Análise: ser-no-mundo-sendo-enfermeiro e a importância da técnica; ser-no-mundo: o outro me afeta e ser-no-mundo e a Ligação com o Divino. Infere-se que estas vivências estão permeadas pela compreensão pluridimensional do fazer profissional da enfermagem e da afetividade presente na relação de cuidado que se estabelece entre os protagonistas desta pesquisa enfermeiros e crianças com câncer.

Palavras-chave: Câncer Infantil; Enfermagem; UTI; Psicologia; Fenomenologia.

Abstract

Nursing is characterized as a caring profession. The professionals develop their work in several instances in the hospital environment, among them, the Intensive Therapy Unit. The concern with caring for the caregivers is substantial for the quality of the health service. When it comes to a child with cancer, the mental health of his caregiver is even more primordial. The purpose of this study is to comprehend through the discourses, meanings and possibilities of re-signification of being-nurse experience in professional performance with invasive therapies to the child living with cancer. It is a qualitative research, and it was developed according to the phenomenological method, that prioritizes looking at the experience of the other, its world-lived from the understanding bias. In order to achieve this research, it was used a recorded audio interview that started from a guiding question, which after transcribed in full and literally, were identified the Units of Meaning, enabling the elaboration of the Thematic Categories. Three nurses who develop their activities at the Intensive Care Unit at the Oncology Control Foundation Center of Amazonas were interviewed. The research followed the precepts of CNS 466/12 Resolution that legislates on Research with humans. Three analysis categories were built: being-in-the-world-being-nurse and the importance of the technique; being-in-the-world: the other affects me and being-in-the-world and the connection with the Divine. It is inferred that these experiences are permeated by the multidimensional understanding of the nursing professional and the affectivity present in the relationship of care that is established between the protagonists of this research nurses and children with cancer.

Keywords: Childhood Cancer; Nursing; ICU; Psychology; Phenomenology.



Introdução

Alguns questionamentos surgem no que concerne ao câncer infanto-juvenil: como é a vivência de um procedimento invasivo a uma criança con-vivendo com câncer em uma UTI? Penetrando na complexidade do fenômeno, também refleti: Quem é esta pessoa? Que elo é estabelecido entre o cuidador e a criança, a criança e o cuidador? Estes profissionais conseguem compreender e considerar os elementos do contexto ou da ecologia familiar dessa criança durante os procedimentos terapêuticos invasivos? Quais as repercussões desses procedimentos em sua construção social (ser-com-o-outro-no-mundo) com a criança acometida por câncer?

O (A) profissional da enfermagem necessita ter esse olhar voltado para essas dimensões e funcionar como um “porto seguro” para lidar com a ecologia familiar da criança diante das necessidades, estresses, frustrações, medos, angústias apresentadas pelos pais, irmãos ou cuidador desta criança, contudo é preciso voltar um olhar para a equipe que presta cuidados intensivos a esta criança para que o próprio profissional esteja em condições psicológicas, sociais, ambientais para desenvolver seu trabalho de modo a promover bem-estar para a equipe e ao próprio paciente.

Conforme destaca o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2014), o câncer infanto-juvenil possui especificidades distintas do câncer em adultos e, conseqüentemente, o parâmetro do tratamento também é diferente. Assim, ao adentrar o mundo da doença a criança é submetida a várias transformações em sua vida, uma vez que o câncer irá afetar sua dinâmica psicossocial e familiar modificando seu cotidiano a partir da internação.

Momento dos mais delicados, a hospitalização é vivenciada e representada pelo infante à conta de um local onde existe dor, tristeza, saudades. Não faz parte de seu mundo. É um *locus* desconhecido. E, isto desencadeia conflitos emocionais manifestos através do choro, birra além de apresentar algumas reações psicopatológicas, a saber: estado depressivo, fobias, regressões e transtornos do comportamento (CARVALHO & COSTA, 2009).

Lepri (2008) ressalta que ao adoecer e ser internada, a criança irá experienciar situações em que a ameaça se faz presente, suscitando inclusive o temor à morte. Um



dos aspectos que deve ser considerado é o fato de que o infante terá de se adequar a uma nova rotina com várias restrições, perdendo sua liberdade e deixando de ser uma criança saudável, dona de seu próprio corpo.

A criança acometida por algum tipo de câncer, tal como: rabdomiossarcoma, osteossarcoma, entre outros tipos, é submetida a tratamentos invasivos para remoção do tumor, amputação de membros e com isso são direcionadas à Unidade de Terapia Intensiva-UTI onde ficam sob a tutela de uma equipe de profissionais e, dentre estes, se encontram o enfermeiro, a partir deste momento designados como intensivistas.

Os trabalhos realizados na UTI pediátrica causam comoção e, quando o paciente é um infante acometido por câncer, o envolvimento emocional adquire dimensão ímpar, haja vista que, esses profissionais lidam cotidianamente com o sofrimento, a dor, a possibilidade da perda e conseqüente morte.

A vivência numa UTI é geratriz de ansiedade e angústia. A primeira em decorrência do fato de que o paciente recomendado à UTI apresenta um quadro mais agravado, e precisa ficar em constante vigilância; a segunda, trata-se da presença dos pais junto à criança, a qual não é permitida, muitas vezes essa recomendação decorre da política de cada hospital, cabendo à equipe multidisciplinar e multiprofissional, nesse contexto, à equipe de enfermagem, prestar assistência integral e permanente a essa criança.

Muito embora, mesmo que se falasse do cuidado de quem cuida, percebemos que o cuidador, no caso, o enfermeiro no seu dia a dia lida com a criança nessa condição supraespecial é também um ser de cuidado, e, portanto, nada mais adequado que utilizar a teoria heideggeriana e seu conceito de cuidado para compreender este fenômeno.

Os enfermeiros são os que mais permanecem junto à criança e mantêm contato com os familiares, consubstanciando-se numa tríade: UTI – Criança – Família, fato este que promove a interação de todos os envolvidos e, nesse ínterim, buscam a partir desse movimento possibilitar à criança enferma melhor qualidade de vida.

A perspectiva deste estudo, no que diz respeito ao aspecto social, contribui para mudanças socioculturais, discussões e pesquisas sobre o ser-enfermeiro diante das terapias invasivas. Compreender esse olhar ou olhares desses profissionais significa des-



velar um fenômeno, o seu mundo vivido, caracterizado por uma relação de proximidade ou distanciamento do paciente infantil.

Ressaltamos que esse tipo de pesquisa pode resultar em novas estratégias de se promover saúde a partir dos achados referentes aos discursos dos enfermeiros acerca das terapias invasivas, bem como vir a ser utilizada para ressignificar o ser-enfermeiro diante das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer.

A compreensão do objeto deste estudo pressupõe a utilização de referenciais que privilegiem a subjetividade desses sujeitos, então, nesse estudo o caminho percorrido será o fenomenológico, uma vez que envolve vivências e cuidado, a partir do olhar de Martin Heidegger.

Unidade de Terapia Intensiva: ambiente de possibilidade de cura à finitude

Cintra, Nishide & Nunes (2001) mencionam que pensar em UTI inicialmente é pensar historicamente em Florence Nightingale durante um período conturbado na Europa. As baixas condições de hospitalização levavam muitos feridos à morte. Diante de tal situação Florence Nightingale assume uma postura de cuidar intensivamente das pessoas feridas para tentar reduzir a mortalidade dos soldados, abrindo espaço para o que hoje se chama Unidade de Terapia Intensiva.

Felisbino (1994) entendia que as Unidades de Terapia Intensiva contam com uma equipe de formação técnica em terapia intensiva, equipe multidisciplinar e multiprofissional, tecnologia diferenciada para dar suporte em situações de emergência.

Aliado a tudo isso, é de suma importância que o atendimento ao paciente além da técnica, esteja imbuído de humanização e não apenas a técnica, mas é preciso considerar suas necessidades humanas básicas.

Conforme Santos & Bursztyn (2004), a estrutura físico-hospitalar tem como princípio o cuidado para com a saúde do ser humano, hoje é um espaço destinado para dar uma atenção diferenciada a um paciente em estado gravíssimo e não apenas para amontoar pessoas como no passado.

Compreende-se que a UTI foi se transformando ao longo do tempo e se tornou um espaço tecnológico e humanizado. Nas palavras de Boff (1999), a percepção sobre a realidade das UTI's conduz a uma urgência no resgate de humanizar o ambiente.



Mesmo que permeado por tecnologia, a preocupação com a técnica é importante, mas que não se deve priorizá-la em detrimento do modo-ser-de-cuidado. O modo-de-ser-trabalho pode e deve caminhar ao lado-de-ser-cuidado.

Brasil (2003), a Política Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar, (PNHAH), juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, transformam-se na Política Nacional de Humanização, o Humaniza-SUS (PNH-SUS) abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde voltados para as Unidades de Terapias Intensivas.

Para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – SUS, Brasil (2013), os gestores de hospitais hoje têm o poder-dever de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional a partir das políticas específicas implantadas para o setor hospitalar, apostando na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho de forma transversal e vai além ao incluir a família como corresponsável pelo cuidado de si e dos tratamentos de que necessita, assumindo uma posição proativa.

Compreende-se que a UTI mesmo sendo um espaço destinado a acolher o paciente em estado gravíssimo, é um espaço de troca, e sendo um espaço humanizado, o cuidado precisa estar entrelaçado na comunicação entre o cuidador, a criança e a família.

Para Souza & Forte (2012), um canal aberto sem ruídos não vai minimizar o sofrimento diante dos procedimentos realizados na UTI, mas pode (respeitado o nível de compreensão da criança e sua orientação adequada no tempo e no espaço) receber a mensagem a partir de seu código próprio de valores, sua ecologia ambiental; considerando que a forma de se comunicar inclui a verbal, a escrita, corporal, facial.

Conforme as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN-240 (2005), a comunicação tem por finalidade precípua permitir que a criança/pessoa, enquanto ser humano deve ter sua dignidade respeitada e ser informada de forma honesta, na medida em que lhe for possível compreender, sobre o que vai ser feito, como vai ser feito, o motivo e o sofrimento que o procedimento pode causar.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

O papel do Enfermeiro conforme a Resolução nº 0458/2014 do Conselho Federal de Enfermagem, define as atribuições do enfermeiro responsável técnico:

Art. 2º – Para efeitos desta Resolução considera-se:

I – Serviço de Enfermagem: espaço dotado de estrutura física e de recursos humanos de Enfermagem que tem por finalidade a realização de ações, de natureza intangível, relacionadas aos cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade;

IV - Enfermeiro Responsável Técnico (RT): profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem.

O Código de Ética da Enfermagem – Resolução COFEN 311/2007, estabelece no seu preâmbulo que a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

Art. 1º – Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Os procedimentos relacionados aos cuidados a pacientes neoplásicos constam da Resolução nº 210/1998 do Conselho Federal de Enfermagem – Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Regulamento este que traz a competência do Enfermeiro.

Art. 1º – aprovar as Normas Técnicas de Biossegurança Individual, Coletiva e Ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica, na forma do Regulamento anexo.



Em relação aos Objetivos específicos:

- a) Assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico em níveis hospitalar e ambulatorial;
- b) Promover a humanização do atendimento a clientes submetidos ao tratamento quimioterápico; antineoplásico;
- c) Assegurar a observância dos requisitos básicos de Biossegurança para os profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica com fins terapêuticos.
- d) Normatizar os serviços de quimioterapia, conforme a Portaria MS/SAS nº 170/93, acompanhando a evolução tecnológica de padrões internacionais de Biossegurança.

O enfermeiro desenvolve uma atividade multidisciplinar no âmbito da enfermagem, isto é, planeja, executa, organiza, assiste, administra medicação quimioterápica, participa de programas de aprimoramento profissional, entre outras atividades.

Compreende-se que o enfermeiro de UTI assume a responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência quanto no contexto de apoio à vida. Deve estar apto, independentemente do diagnóstico ou contexto clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla que lhes assegure sua estima e integridade.

Enfermagem: A vivência dos procedimentos invasivos – um olhar para a Psicologia da Saúde

Percebe-se que historicamente a Psicologia da Saúde teve um desenvolvimento e uma afirmação com muita discussão acerca do seu próprio campo de atuação, contudo superada as discussões, conforme Ribeiro (2011), uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar o seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, a deslocação da atenção do polo doença para o polo saúde, passando a considerar este polo como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos.



De acordo com Straub (2014) a psicologia da saúde lida com algumas das questões que permeiam o imaginário das pessoas. Será que minha história familiar me coloca em risco de desenvolver câncer? As respostas a estas e outras questões não são claras, uma vez que o ser humano se depara a cada segundo com novas e diferentes informações e o câncer está inserido no campo das doenças que mais podem atemorizar o ser humano.

Compreende-se que condição necessária que o enfermeiro atue junto ao paciente respeite o seu campo cultural, seu mundo vivido, assim como suas idiossincrasias, disposições e *timing* para agir da forma que considerar a mais conveniente diante de suas possibilidades. Afinal, todos estes meios traçam um determinado fim: desenvolver o pensamento crítico neste, de forma que ele passe a ser autônomo e empoderado de estratégias para lidar com sua saúde a partir de suas visões de mundo e capacidades em cada aspecto da vida.

Straub (2014) informa que os psicólogos da saúde estão ajudando a concentrar a atenção e os recursos disponíveis para capacitar os pacientes e suas famílias no enfrentamento dos efeitos adversos do tratamento do câncer. Eles também estão ajudando os profissionais da equipe de saúde a reconhecer que a adaptação ao câncer não é igual para todos os pacientes. Mesmo quando o tratamento é bem-sucedido e a doença está em remissão, alguns fatores como o medo, o *stress* e a incerteza persistem. A ameaça de recorrência é muito presente para alguns pacientes durante o resto de suas vidas. A preocupação com a recaída da doença é maior do que o próprio diagnóstico inicial.

Compreende-se que os profissionais que exercem suas atividades dentro da unidade de terapia intensiva com pacientes gravemente enfermos atuam no sentido de ofertar-lhes condições necessárias para a manutenção e continuidade do tratamento. No contexto da enfermagem e dos tratamentos, esses pacientes poderão ser submetidos a terapêuticas invasivas.

Para Williams & Lippincott (2007), dentre os procedimentos invasivos se encontram: a injeção subcutânea, a intramuscular. A subcutânea é mais vagarosa, pois a mediação é depositada profundamente num músculo vascularizado para rápida ação e absorção sistêmica, em contrapartida a intradérmica é usada para fins diagnósticos em



pequenas quantidades nas camadas exteriores da pele, possui pouca absorção sistêmica, quase sempre o efeito é local.

Flato, Petisco & Santos (2009), referem que o acesso venoso central pode ser feito a partir de uma veia jugular interna, veia subclávia, veia femoral, conforme o sítio disponível e a técnica de profissional. A equipe de enfermagem mantém a assistência sobre este procedimento de forma constante para detectar em tempo hábil complicações como flebite, infiltração; migração do cateter que podem levar complicações maiores para o estado geral do paciente internado e que podem ser feitos pelos sintomas apresentados no local, confirmados por raios-X ou mais recentemente por *ultra-som*.

Percebe-se que uma das complicações mais comuns no ambiente da UTI está relacionada aos procedimentos de enfermagem no que concerne à punção venosa, nesse caso, a flebite.

A flebite é inflamação aguda, subaguda ou crônica de uma veia; infiltração dos tecidos e em particular do tecido celular por um líquido orgânico (serosidade, urina, etc) por um líquido injetado (soro artificial ou orgânico, por um gás (enfisema subcutâneo, gangrena gasosa) ou pelo desenvolvimento de tecido neoplásico (REY, 2004).

Conforme Posso (2010), os procedimentos invasivos por sondas em cavidades nasogástrica e nasoenteral são fontes de ansiedade e estresse para os pacientes. A primeira tem por finalidade preparar para cirurgias, estabelecer via para alimentação e administração de medicamentos que alivia a distensão abdominal através da drenagem do conteúdo gástrico; a segunda visa melhorar o aporte nutricional de pacientes debilitados através de dietas especiais. Para facilitar a descida da sonda, o paciente é orientado a deglutir a sonda para facilitar a descida dela. É necessário que durante o procedimento, o enfermeiro e sua equipe orientem o paciente a respirar pela boca, observar sinais de cianose ou desconforto respiratório.

Destaca-se que o profissional de enfermagem no seu dia a dia de plantonista precisa abarcar uma complexidade de procedimentos manuais, técnicos, tecnológicos, postura ética diante de uma criança convivendo com câncer em uma unidade de terapia intensiva. Contudo, deve zelar por sua conduta para que não venha ferir seu próprio código de ética e os princípios da bioética.



Materiais e Métodos

A pesquisa foi sob o viés qualitativo e teve como participantes 3 profissionais de enfermagem, sexo feminino, que desenvolvem suas atividades em um UTI pediátrica em instituição que trata crianças com diagnóstico de câncer. Foi realizada entrevista fenomenológica áudio gravada partindo da seguinte questão norteadora: “como é para você realizar procedimentos invasivos a cada plantão em crianças internadas na UTI con-vivendo com câncer?”. A análise das entrevistas foi a partir da fenomenologia de Martin Heidegger considerando os pressupostos de Giorgi & Silva (2010) e Pereira & Castro (2017).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM e a pesquisa resguardou as resoluções 466/12 e 510/16.

Compreendendo as vivências

A categorização dos discursos das enfermeiras entrevistadas permitiu caminhar em direção à compreensão de suas vivências e, assim, a possibilidade de se construir a síntese compreensiva e apreender os significados atribuídos ao fenômeno em estudo: o discurso dos enfermeiros acerca dos procedimentos invasivos à criança convivendo com câncer.

O encontro com as entrevistadas foi permeado de subjetividades. Assim, compreender a vivência dessas pessoas que particularmente busco elucidar, esclarecer, tem como ponto inicial o olhar lançado intencionalmente por mim sobre o pretense fenômeno.

Quando as enfermeiras falam das suas experiências cotidianas evocam lembranças que as distanciam e aproximam dos inúmeros papéis sociais; e o principal deles ser-mãe, é causa de sofrimento emocional, quando se referem que o pior é o abalo emocional.

Sendo assim, percebe-se que da fala das pesquisadas evoca recordações do difícil momento do ser-enfermeira realizando procedimentos terapêuticos e a inexorável condição de ser-mãe, momento difícil enfrentado por elas ao se deparar com a facticidade de experenciar cuidar de crianças con-vivendo com câncer.



Nas falas iniciais das entrevistadas acerca das vivências dos procedimentos procuram demonstrar a importância da técnica tanto em nível de higiene e segurança para o paciente para não correr riscos de adquirir infecção hospitalar bem como a necessidade de propiciar melhor qualidade de vida aos pacientes. Mas, ao se aprofundar os questionamentos sobre que procedimentos terapêuticos mais causam impactos, surgem manifestações como afetação emocional do Ser-enfermeira-Ser-mãe.

Esses momentos de entrelaçamento dos papéis sociais das entrevistadas se manifestam de maneira peculiar na medida em que sentem o impacto de certos procedimentos realizados nas crianças a depender do quadro do paciente; remetendo-as ao que lhes é familiar.

A doença e o tratamento são vivenciados de forma única e ao mesmo tempo muito próxima, de maneira a implicar as enfermeiras ao manusearem os instrumentos necessários às terapias invasivas. Contudo, todas são unânimes ao falarem que os procedimentos terapêuticos, mesmo sendo dolorosos, são necessários senão para a cura - que é o objetivo - mas para alívio da dor, tratar a doença e promover melhor qualidade de vida aos pacientes.

Dentre os inúmeros procedimentos invasivos os que mais causam incômodos são as punções venosas, a entubação, os curativos profundos. Quanto às punções venosas, *a priori*, se pode imaginar que sejam procedimentos simples, pois dependendo da gravidade do paciente o acesso venoso se torna difícil. As tentativas de acesso frustradas são geradoras de ansiedade, irritação, sofrimento e dor no paciente; bem como reflete nas próprias enfermeiras que se sentem ansiosas e sempre que possível pedem apoio de outro colega.

A entubação (procedimento médico) também é considerada fonte de ansiedade para as enfermeiras, pois o paciente corre risco de morte, a criança está mais vulnerável, embora compreendam que mesmo auxiliando no processo de entubar a criança elas precisam manter o foco, ficar fria; não obstante depois desabem.

Outro procedimento é a realização de curativos profundos que tocam no osso da criança, causando desconforto, pois há curativos em que é possível se colocar a mão na cavidade onde é feito o procedimento.



Na fala de outra entrevistada todos os procedimentos são dolorosos, mas o pior para ela é o feito na hora da morte, quando a criança está *gaspeando* (tenta respirar e não consegue), nas palavras de enfermeira esse procedimento choca, a pesquisada entende que o fato de a criança não conseguir respirar é como se ela pedisse para fazer cessar o sofrimento.

Ao falar sobre a realização dos procedimentos invasivos as expectativas sempre apresentam uma perspectiva positiva, mesmo que as consequências sejam dor, sofrimento; o lado bom sempre é esperado: alívio da dor, cura; senão dar à criança melhor qualidade de vida mesmo na hora da morte.

À medida que essas enfermeiras falam acerca de suas rotinas com crianças no espaço da UTI elas são inseridas também no universo das famílias de seus pacientes, pois, em sua inserção no mundo-doença-procedimento, elas se deparam com o difícil momento de acolher a família, principalmente a mãe para comunicar a gravidade do estado da criança ou óbito da mesma.

Outra questão que aflige as entrevistadas é o momento do óbito, a perda de uma criança é chocante no dizer das enfermeiras e comunicar o diagnóstico é ainda mais complicado porque o entrelaçamento de papéis se faz presente: Ser-enfermeira-ser-mãe.

A ameaça da morte tão presente faz acontecer a quebra de certos protocolos e flexibiliza em algumas situações, as regras da UTI ao permitir momentos de vivência familiar fora do horário de visita. O gesto manifesta-se como uma possibilidade de oferecer um momento de conforto e aconchego para a criança, pois a surpresa salta a cada plantão ao receber um pacote.

A rotina dos plantões na UTI nunca é igual. Passar um plantão ou recebê-lo traz no seu bojo sempre a expectativa se o paciente foi a óbito ou não. O termo “pacote” foi empregado com ‘familiaridade técnica’ ao se referir a uma criança que havia ido a óbito durante um plantão diurno. Percebi que as concessões feitas pelas entrevistadas aos pacientes representam um momento em que se pode promover maior convivência entre pais e filhos, familiares, diversão, principalmente quando a criança apresenta quadro gravíssimo diante da perspectiva de vir a falecer.

A doença e os procedimentos são vivenciados de forma particular por cada enfermeira, no entanto elas são incisivas ao afirmarem que os procedimentos



terapêuticos são desagradáveis e lhes causam afetação emocional por trazer à tona e constantemente a condição de mães.

À medida que as pesquisadas são inseridas no mundo-da-doença e dos procedimentos invasivos, desde a chegada de um paciente novo ou mesmo de egressos, elas passam a lidar com as transformações causadas pelos diversos tipos de neoplasias com as quais os pacientes convivem, e todas as mudanças ocasionadas pela doença e pelos procedimentos terapêuticos sem ter tempo de adaptação àquele paciente dependendo da gravidade que apresenta quando adentra o espaço da UTI.

Ao falar sobre a realização de certos procedimentos no seu cotidiano duas enfermeiras mencionaram estar emocionalmente abaladas, voz embargada, tentando conter o choro, ao mencionar que naquele momento da entrevista uma criança apresentava quadro gravíssimo e a mãe já se encontrava na UTI e que precisava recompor-se para dar força à mãe. A pesquisadora ficou em silêncio em respeito ao momento.

Os procedimentos afloram sentimentos de insegurança, dó, solidariedade nas entrevistadas que passam a conviver com a dor ocasionada pela própria doença e, além disso, a dor dos procedimentos terapêuticos. Mesmo que em princípio neguem ao afirmarem que os procedimentos são tranquilos a fala vai se desvelando para referir que o estado emocional é abalado quando pensam nos filhos.

O abalo emocional sentido pelas entrevistadas durante certos procedimentos invasivos está intimamente ligado à condição de serem mães, esposas, por conhecerem a nosologia da doença, o caminho a ser percorrido durante o tratamento as deixam sensíveis, vulneráveis iguais as outras tantas mães que percorrem diariamente os corredores do hospital até a UTI na esperança de que o filho retorne para o lar.

Para uma das entrevistadas, ter o conhecimento técnico e lidar com as vicissitudes da doença dentro de uma UTI só não é mais factual por ela própria ser enfermeira-mãe-paciente. Essa implicação de papéis numa só pessoa a despertou para a necessidade de além do cuidar do outro, cuidar de si própria, pois conhece a trajetória dos pacientes na rotina da UTI.

Os elementos apresentados contribuíram para mostrar que o discurso das enfermeiras está permeado da consciência de pertencimento das vivências das terapias



invasivas e que as facticidades estão presentes de forma singular na experiência de cada uma delas.

Variadas são as formas empregadas para encarar as adversidades que surgem, conforme as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva vão atribuindo sentido ao seu fazer. Certos aspectos desses seres-de-sentido se tornam evidentes e tornam inevitáveis certos questionamentos entre os quais: o que é ser-do-ente? O que é a finitude? O que é cuidar? É simplesmente impedir a debilidade do Outro? É garantir novas perspectivas ao Outro mesmo diante do sofrimento? Ou seria reencontrar-se diante do próprio sofrimento?

Análise compreensiva

Na análise compreensiva a proposta é fazer a articulação da práxis dos enfermeiros com a abordagem adotada tendo como suporte o enfoque fenomenológico à compreensão dos discursos de enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança convivendo com câncer à luz da Psicologia Fenomenológico-Existencial a partir da teoria base de Martin Heidegger.

Heidegger construiu sua teoria tendo como base vários filósofos. Um deles foi Edmund Husserl que apresentou uma nova visão para os fenômenos humanos. Sendo assim, fiz a opção pela teoria heideggeriana para buscar a compreensão das vivências desses profissionais que trabalham cotidianamente com crianças convivendo com câncer.

A compreensão desses discursos pode ocorrer a partir da percepção e das vivências dos próprios sujeitos que podem lhes imprimir sentido, significados, refletindo um modo muito particular de existir.

Para este autor, *ser-no-mundo* revela a estrutura base do *Dasein*, característica essencial da existência. Mas, de que existir estamos nos reportando? A capacidade do ser humano (denominado pelo filósofo como *pré-sença*) de se perceber como um ser de possibilidades, de conseguir ir além da facticidade (situação-surpresa que ocorre no cotidiano), o que se pode nominar como abertura. Essa abertura consiste no existir, existir na acepção do termo. Ora, diante disso pode-se afirmar, a partir da leitura do autor que a *pré-sença* é *ser-no-mundo*. O ser e o mundo são, pois, partes constitutivas da



pessoa. O modo como o *Dasein* habita sua existência perpassa seu cotidiano, sua historicidade e espacialidade (HEIDEGGER, 2013).

As enfermeiras não podem ser dissociadas desse mundo em que foram lançadas enquanto existentes, o mundo laboral, do fazer profissional. Ser-enfermeira intensivista lidando com crianças con-vivendo com câncer é uma maneira única de significar as suas próprias vivências, o seu cotidiano, o mundo no qual habitam.

Heidegger (2013) revela que o mundo faz parte de cada *Dasein*. Assim, mundo é o olhar lançado pelo próprio *Ser-aí* (que atribui significado muito particular sobre os entes que nele se encontram de forma dinâmica, não se trata apenas do que está posto, mas do olhar lançado, a relação estabelecida entre ente e Ser.

O mundo não é mundo apenas porque está dado, Heidegger (2013) estabelece que o mundo é tudo que está em torno do ser-aí, e há uma tríplice característica de mundo na qual o *Dasein*, enquanto presença está imerso. O mundo público ou o humano, marcado pela relação que a pessoa estabelece com outros sujeitos, considerando que o homem é ser-com-outro e existe em relação a um objeto ou alguém; o mundo circundante caracterizado pela relação que o sujeito estabelece com o ambiente, sua adaptação e ajustamento, e o mundo próprio caracterizado pela relação que a pessoa estabelece consigo mesma, envolve o pensamento e a transcendência da situação imediata.

Enquanto ser-no-mundo, as enfermeiras adentram no espaço dos procedimentos terapêuticos invasivos realizados no corpo dos pacientes, seu mundo circundante caracterizado por expectativas de tratamento, alívio da dor, proporcionar melhor qualidade de vida, cura no ambiente da UTI.

[...] eu faço pensando no bem deles, a gente tá fazendo pra buscar um tratamento, senão a cura, uma melhor qualidade de vida. (Esmeralda)

O Ser aí se desvela nessa relação com o mundo. Para Heidegger (2013), *Dasein* e mundo existem num co-pertencimento, não mais a dualidade sujeito/objeto. O ser humano é então um ente que se diferencia dos demais entes por significar o mundo e as relações que estabelece com esse mundo.



O ser-no-mundo, de acordo com Heidegger (2013), é um fenômeno de unidade, fundado na impossibilidade de dissolução, contudo compõe múltiplos elementos estruturais.

Ao se debruçar sobre os discursos das enfermeiras, estas manifestam suas experiências, enquanto profissionais da UTI, a assistência às crianças é permeada pelo ser-mãe, e se sentem afetadas quando realizam suas atividades de rotina. Ao se promover a possibilidade de comunicação, essas profissionais falaram não só acerca dos procedimentos terapêuticos invasivos, mas ao mesmo tempo, do ser-mãe.

A mãe quando ela chora, choro junto, choro, por que eu tenho que não chorar? E onde está a minha sensibilidade como ser humano? Eu tenho que manter o equilíbrio, eu vou com equilíbrio, mas depois eu desabo, aí eu vou me recomponho, entendeu? (Diamante).

Inicialmente a fala é seguramente técnica, aos poucos vai esvanecendo para uma linguagem de pertencimento do que o outro vivencia, de cotidianidade em meio aos papéis sociais que desempenham. Posteriormente, o tom da efetividade é refletido nas vivências do Ser-enfermeira-Ser-mãe. O conceito de afetividade para a teoria fenomenológica parte do próprio modo do Dasein existir e ao lançar-se e dispor-se, permitir uma abertura, se deixar afetar e permanecer lançado.

De modo muito próprio, cada enfermeira percebe e sente o mundo a partir de uma disposição afetiva, a qual pré-dispõe o ser-no-mundo a enxergar as coisas a partir de um único ângulo, de um estado de humor, uma afinidade.

Partindo do ponto de vista da fenomenologia de Heidegger acerca da disposição afetiva como um estado de humor específico do mundo do ser-aí alinhado com o modo particular deste ente, a angústia está presente em cada procedimento realizado, pois a vivência de profissional com crianças convivendo com câncer está inexoravelmente afinada com a condição de ser mãe.

Considerando que a pessoa humana é ser-aí, lançado o autor traz como postulação a possibilidade de transitar entre estados de ânimo e que estes estados o desvelam. (HEIDEGGER, 2013). Ao realizar procedimentos terapêuticos numa criança



acometida por câncer sob seus cuidados, o discurso é revestido pelos termos técnicos na hora de explicá-los, os quais fazem parte de seu mundo circundante.

Eu chego com o médico e digo: vamos fazer uma analgesia em bomba de infusão direta com fentanil, ela é 100 vezes mais potente que a morfina, essa analgesia é pra aliviar a dor. (Diamante)

Não há como o homem se apartar do mundo, pois é dele que o homem extrai todos os sentidos; os quais são construídos a partir da relação estabelecida, do mundo vivido, compartilhado, dado, que se deixa envolver, que se desvela através da linguagem do ser.

O homem fala. Falamos quando acordados e em sonho. Falamos continuamente. Falamos mesmo quando não deixamos soar nenhuma palavra. Falamos quando ouvimos e lemos. Falamos igualmente quando não ouvimos e não lemos e, ao invés, realizamos um trabalho ou ficamos à toa. Falamos sempre de um jeito ou de outro (HEIDEGGER, 2003, p.7).

Ao mesmo tempo, o sentido atribuído pelo ser se faz na relação com o outro. O processo correlacional com o outro se estabelece na presença enquanto ser-aí. Dessa forma, o ser-no-mundo se angustia diante das facticidades e como ser intramundano está unido ao mundo, inexoravelmente, ligado ao outro e nessa relação sensível afeta e é afetado de diferentes maneiras.

As enfermeiras têm, pois, no seu imaginário a dor, o sofrimento, a doença, a morte inexoravelmente ligadas aos procedimentos que realizam. O mundo próprio de cada uma dessas profissionais é permeado pelos sentidos de alívio da dor, conforto, cura; ou seja, melhor qualidade de vida.

Eu nunca menti para uma criança no meu objetivo de trabalho nunca falei que não ia doer, porque normalmente são procedimentos dolorosos [...] por isso sempre falo que vai doer, mas digo que vou fazer da maneira mais adequada para que ela sinta menos dor e trato sempre de ganhar a confiança da criança (Rubi).



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

Mas um procedimento específico que eu me lembre não, acho que curativo muito profundo que a gente sabe que o paciente sente dor pedimos para o médico fazer analgesia antes talvez me incomode um pouco mais, porque eu me coloco no lugar deles porque deve doer, deve ser muito desconfortável no geral não tem nenhum que me incomode [...] eu sei que todos os procedimentos são necessários para a busca da cura ou de uma melhoria na qualidade de vida da criança então eu faço com dó lógico que a criança é muito diferente do adulto, a criança verbaliza mais as coisas, mas eu faço sempre com essa meta, objetivo de melhorar de cuidado de conforto para o paciente (Esmeralda).

Para Heidegger (2013), o *Dasein*, enquanto ser-no-mundo, possui uma compreensão singular do que está a sua volta, pois ao lançar seu olhar ao mundo ele está preenchido de intencionalidades, de sentidos que atribui e das vivências nas quais está imerso, não podendo compreendê-lo dissociado.

O ser-no-mundo, enquanto ser de relações ele se angustia, e a compreensão dessa angústia é parte constitutiva do *Dasein*, sendo próprio do Ser o angustiar-se, modo originário do ser-aí. Na concretude de seu papel o ser-no-mundo ao ocupar-se de alguém, enquanto ser-de-presença e ser-de-cuidado se depara com a própria facticidade.

Heidegger (2013) o *Dasein*, enquanto ser no mundo possui uma forma única, singular de perceber a concretude da vida, e de se relacionar no mundo que o circunda imprimindo-lhe sentidos, bem como o mundo no qual está imerso seja em relação a si, ao outro. Nesse sentido, Heidegger vai explicar que o *Dasein* enquanto ser-no-mundo, ser de relações se angustia.

Ainda de acordo com Heidegger, a compreensão da angústia que o ser apresenta, movimenta-se no sentido de não inflamar a situação, pois o indivíduo se encontra num processo angustiante e tal processo é parte constitutiva do *ser-aí*. Para a concepção fenomenológica de Heidegger a angústia é um modo originário de existir. A vivência da presença no mundo é experienciada a partir da própria existência com o outro e a intensidade e o tempo dessa vivência acontecem na temporalidade de cada ser.

A preocupação com o outro se faz iminente, principalmente quando este outro é uma criança em processo de adoecimento físico e emocional devido ao câncer e as consequências adversas como os procedimentos terapêuticos invasivos. Estar com o outro é causa de preocupações, a presença deste outro se espacializa e reflete na sua



cotidianidade de forma ameaçadora, conforme pode ser identificado na fala de uma das participantes.

O Cuidado é essencial para a existência humana por ser um ser de cuidado. No trecho a seguir Heidegger narra que:

Certa vez, atravessando um rio, Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a dar-lhe forma. A cura pediu - lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto Cura e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a Cura quem primeiro o formou, ele deve pertencer a Cura enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve chamar-se Homo, pois foi feito de húmus”. (HEIDEGGER, 2013, p.266).

Corroborando essa percepção, o cuidado está inserido no contexto dessas enfermeiras com a preocupação e a solicitude em relação às pessoas que atendem e ao mesmo tempo, procuram formas de se distanciar, mesmo sendo através das nomenclaturas que utilizam – termos técnicos e expressões como “*pacote*”.

[...] essa criança agora ela perdeu o acesso (criança internada na UTI no dia da entrevista), tá difícilimo de acesso, a criança diz não tia você pode furar eu sei que eu preciso tomar o remédio. É um procedimento que você faz, você sabe que está doendo, não é fácil, ele está trabalhando ali junto com você, ele sabe da necessidade. (Esmeralda)

Um dia que eu estava saindo, nunca vou esquecer aquela cena, estava saindo 1 h e uma criança de 5 anos de idade com leucemia (LLA), ela me pegou e disse tia “deixa a minha mãe ficar aqui comigo um pouco, por favor tia” - deixo sim, sua mãe fica com você. Nesse dia recebi um “pacote à noite”, se eu não tivesse liberado para a mãe vir eu teria pedido pra cooperativa pra sair daqui (Diamante)



Segundo Heidegger (1992), a técnica desabriga o ser e lhe aprisiona, de forma que a curiosidade e o mistério ficam para segundo plano e seu fazer fica enraizado de não compreensão e de (des)apropriação.

O sofrimento que perpassa o cuidar de um ser-do-ente propicia a tentativa de (des) caracterização desse sofrimento, para que não se torne um “fardo” diante de si, e sim uma *coisa* superficial.

Heidegger (1992), em sua obra “*que é uma coisa*” utiliza o termo coisa no sentido da essência que elas apresentam e daquilo que elas se apropriam em sua constituição enquanto coisa. Quando a coisa se banaliza em si mesmo, não é mais coisa em sua existência, mas apenas rastro, aos quais se vislumbra superficialmente. Assim, a morte é algo em que, geralmente, as pessoas não se aprofundam a princípio.

Para Heidegger (2013) ocupar-se de alguém desvela ocupação e preocupação do ser-aí na cotidianidade de sua existência em relação ao outro e essa ocupação finda por imprimir-lhe sinal de ser para morte. E, em sendo a cura uma estrutura ontológica do Dasein e inerente à vida humana, o cuidado pode ter sua manifestação a partir de diversos significados com vínculo entre si: sentido de desvelamento, solicitude, zelo, atenção; bem como (pré) ocupação, inquietação responsabilidade.

A cura para Heidegger é ocupar-se dos entes intramundanos. Então, o que define o mundo para o Dasein é o modo como ele se relaciona de modo imediato com o mundo, enquanto estrutura ontológica do ser-aí que indica a inseparabilidade do homem e do mundo e igualmente do mundo em relação ao homem. O *Dasein* ek-siste, ou seja, não se constitui de modo isolado, mas com o outro, é ser-com-os-outros, é ser-para-a-morte e se angustia.

A preocupação e o cuidado com o outro podem também suscitar um cuidado de si, no momento que estar presente para o outro é um propulsor da existência deste ser. Ou seja, a preocupação com os filhos mobiliza o autocuidado – por ver-se como único ser que coloca disponível sua existência a essa ocupação.

A gente pensa nos filhos, o pai nunca vai cuidar, casa, vai embora, a mãe não, ela sempre fica com os filhos, pelo menos a regra diz isso/, penso muito nos meus filhos [...] Eu tenho acompanhado todo ano, faço acompanhamento com médico de cabeça e pescoço daqui mesmo e acreditando que eu tenho que ter uma autoestima boa, muito equilíbrio, me alimento melhor, tenho atividade física, quando não eu vou para minha caminhada eu subo os 176 degraus, estou procurando



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

ter uma qualidade de vida melhor, até porque eu já estou com 51 anos, então eu preciso ter uma qualidade de vida melhor Hoje há uma valorização muito grande e um respeito maior pelo ser humano. Converso com os meus filhos, olho no rosto e digo que os amo, que é importante pra mim. (Diamante).

A morte é um fenômeno que se apresenta na concretude da cotidianidade na existência humana, do qual não há como se desvencilhar; que eventualmente, faticamente (referindo-se também à facticidade), se apresentará diante do ser e de sua crença. Contudo, muitas vezes, o ser em sua mundanidade tenta se resguardar de sua própria (in) completude ao tentar evitar o inevitável: refletir sobre sua finitude (HEIDEGGER, 2013).

[...] se tu perguntares, se eu tenho medo de ter câncer” o meu maior medo é por causa dos meus filhos, mas a morte em si, ela não me causa medo. O pior de tudo é essa caminhada, essa trajetória. Em mim o bom e ao mesmo tempo o ruim é porque você sabe das coisas e você sabe aonde vai dar [...] Tivemos uma perda. Eu não suportei, foi muito difícil pra mim, eu não sei quanto tempo eu vou aguentar entendeu? (Diamante)

Neste sentido, as participantes da pesquisa constantemente equilibram-se em uma corda bamba entre vida e morte, assombradas por um acometimento enigmático que se apresenta sem sobreaviso e impacta a percepção em relação a si e ao outro em um universo do con-viver com o câncer.

Considerações Finais

Ao eleger referida temática optamos por compreender os discursos dos enfermeiros acerca das terapias invasivas por se tratar de técnicas manuais que estão envolvidas no processo técnico do cuidado para com o outro no intuito de conhecer como foi para cada profissional experienciar a vivência desses procedimentos cotidianamente e as repercussões dessas terapias nas suas vidas. Ao finalizar a pesquisa, cremos ter alcançado o objetivo, dado que o estudo permitiu apreender/captar os sentidos e compreender os discursos dos enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer em unidade de terapia intensiva.



Interessante observar a fragilidade que se esconde diante daquilo que se mostra puramente técnico, os referidos procedimentos técnicos afirmados categoricamente como necessários para ajudar na terapia, proporcionar melhor qualidade de vida, entre outras afirmações. Através dos seus relatos técnicos, as enfermeiras foram aos poucos esvanecendo e se percebendo nesse mundo-vida implicadas no papel de ser-mãe-ser-e-ser-enfermeira de crianças con-vivendo com câncer. Essa compreensão foi de riqueza única, ímpar ao intercambiar os papéis sociais desempenhados por elas em seu mundo vivido promoveram momentos de autenticidade diante dos procedimentos invasivos e produziu conhecimento acerca das vivências no espaço da unidade de terapia intensiva ao cuidar de crianças nessa condição supra especial e como os procedimentos atuam sobre a vida de cada uma delas.

A cotidianidade das enfermeiras intensivistas provoca alterações na dinâmica profissional e pessoal, tornando difícil lidar com as repercussões da doença no corpo e no imaginário das crianças e a premente necessidade de realizarem terapias invasivas. Sentem a necessidade de apoio transdisciplinar para trazer conforto, amizade, amor, fé, motivação aos pacientes, e a si próprias considerando que procuram viver na inautenticidade de que os procedimentos não as afetam, e permitir que todos envolvidos nesse processo doença, tratamento enfrentem os infortúnios, a dor e o sofrimento.

O mundo vivido dessas enfermeiras está permeado pela subjetividade profissional e ser-mãe. O trabalho desenvolvido circunda, povoa o imaginário dessas profissionais de forma íntima, única ao pensarem na inerente condição de serem mães. Essas vivências são significativas e o sentido atribuído é de uma premissa particular. Os procedimentos invasivos são muito dolorosos. Compreender esse processo não é tão simples para as enfermeiras pois, sabem que os tratamentos terapêuticos invasivos fazem parte da dinâmica do seu trabalho e são necessários para recuperação, tratamento, alívio da dor, senão a cura, mas propiciar melhor qualidade de vida ao paciente, e que, portanto, devem ser realizados. Essas profissionais não afastam as possibilidades de diminuir a dor suavizar, estresse, e o sofrimento das crianças.

Contudo, ao buscarem mecanismos para propiciar conforto aos pacientes elas passam a vivenciar momentos conflituosos íntimos de ansiedade, angústia e tomam o cuidado para não deixar transparecer aos pacientes e ficam em silêncio diante da dor e



do sofrimento do outro quer seja o paciente ou familiar diante da comunicação do diagnóstico ou do óbito. Dessa forma, a partir do trabalho com as enfermeiras onde foram convidadas a falar sobre o seu mundo vivido, o mundo das terapias invasivas, busca-se iluminar ou ampliar a compreensão sobre o discurso dessas profissionais, o universo silencioso da UTI, um silêncio que grita, que pensa, que sente, chora e se angustia diante do ser-doente e muitas vezes passa ao largo todas essas emoções traduzidas no ato de cuidar além da técnica pela técnica.

Nesse sentido, torna-se imprescindível dar voz ao silêncio que grita no ambiente da UTI e acompanha essas profissionais durante sua cotidianidade dentro e fora do ambiente hospitalar, para que possam ser partícipes ativas do seu próprio processo de cuidado. Compreendendo o movimento de cuidar, pode-se pensar em implementar intervenções em saúde voltadas às enfermeiras, não só às que lidam com crianças nessas condições supra especiais, mas a todas as enfermeiras de modo geral que usem instrumentos perfurantes (invasivos) em pacientes, abarcando suas facticidades.

As enfermeiras enquanto cuidadoras também são seres de cuidado e precisam ser olhadas pelo viés de que sofrem as influências do meio ambiente laboral e isso implica na necessidade de se adotar uma postura humanizada diante da criança com neoplasia e nas quais precisam realizar procedimentos terapêuticos invasivos.

Ao adentrar no espaço restrito à área da saúde no plano do cuidado ao outro foi possível escutar na fala de cada uma das enfermeiras além da necessidade de dar tudo para a melhora do paciente o desejo, a angústia diante do inevitável a todo ser humano, a morte, contudo resta um aprendizado: até que ponto se pode ir na corrida pela vida à custa de tanta dor e sofrimento, será que realmente não existem drogas suficientemente eficazes para o tratamento das diversas neoplasias que acometem o ser humano dentre as quais são de maior incidência o tumor de Wilms, as LLAS; e pode se pensar em ir além, com tantos avanços na tecnologia e na medicina, ainda não é possível um meio de tratar o câncer de forma menos agressiva além das ofertadas ao mercado. São questões ainda sem respostas e na ausência delas as marcas indeléveis vão permanecendo na vida das pessoas.

Enfim, a temática dos procedimentos invasivos no âmbito da enfermagem requer mais estudos, não há como ter sido esgotado, pois há novos enfoques sobre os



procedimentos invasivos e as repercussões na vida dos pacientes que recebem os procedimentos, tanto quanto na vida dos que os realizam.

Assim, algumas reflexões que foram tecidas no decorrer do trabalho podem dar ensejo a novas pesquisas quais sejam investigar se a vivência das terapias invasivas causa desorganização aos profissionais da enfermagem; que tipos de desorganização são mais comuns entre eles; compreender como o profissional que cuida de crianças com câncer lida com a facticidade de ter sido diagnosticado com câncer no mesmo local onde desempenha suas atividades e as repercussões desse diagnóstico na sua vida.

Referências

BOFF, L. **Saber cuidar**: éticas do humano; compaixão pela terra. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. **Resolução n. COFEN-210/1998**. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápico antineoplásico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html>. Acesso em: 27 fev. 2016

BRASIL. **Resolução COFEN, n. 240/2005**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html> Acesso em: 22/10/2020.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 311/2007**. Código de Ética. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.htm>. Acesso em: 25/10/2020.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 458/14**. Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html>. Acesso em: 28/10/2020.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 311/2007**. Código de Ética. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.htm>. Acesso em: 25 fev.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS** – Documento para Discussão. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 28/10/ 2020.

BRASIL. **Humaniza SUS**. Brasília, 2013. Disponível em:< www.saude.gov.br/humanas>. Acesso em: 22 dez. 2015.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em 21/10/2020

CARVALHO, M.M.M.J. **Psicooncologia**: História, características e desafios. São Paulo: Psicologia USP, 2002.

CINTRA, E. de A. N & NUNES, W.A. Monitorização Hemodinâmica Invasiva. In: CINTRA, E.de A.; NISHIDE, V. M; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2001.

FELISBINO, J. E. **Processo de Enfermagem na UTI**. Uma proposta metodológica. Enfermagem. São Paulo: E.P.U, 1994.

FLATO, U. Adrian P; PETISCO, G. M; SANTOS, F. B. dos. Punção venosa guiada por ultra-som em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v.21, n.2, abr./jun. 2009. Disp.<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000200012> *versão On-line* ISSN1982-4335. Acesso em: 28/10/2020

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

GIORGI, A; SOUSA, D. **Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia**. Lisboa: editora Fim de Século, 2010.

HEIDEGGER, M. **Que é uma coisa?** Tradução de Carlos Morujão. Lisboa: Edições 70, 1992.

_____. **Ser e Tempo**. Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes Márcia de Sá Cavalcante (trad.). 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

LEPRI, P.M.F. **A criança e a doença da fantasia à realidade**. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11 n.2,p.15-26,dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/sielo.php?script=sci_artex&pid=S1516-08582008000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21/10/2020.

PEREIRA, D. G. & CASTRO, E. H. B. O método fenomenológico de pesquisa em Psicologia. In: CASTRO, E. H. B. (Org.). **Fenomenologia e Psicologia**: a(s) teoria(s) e práticas de pesquisa. Curitiba: Appris, 2017. p. 43-47.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2010.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES e-ISSN 2675-410X

REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guarnabara Koogan, 2004.

RIBEIRO, J. L. P. A Psicologia da Saúde. In: ALVES, R. F. (Org.), **Psicologia da Saúde** – teoria, intervenção, Pesquisa. Campina Grande: EDEPB, 2011.

Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>> Acesso em: 28/10/2020.

SANTOS, M; BURSZTYN, I. **Saúde e Arquitetura, Caminhos para a Humanização dos Ambientes Hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004.

SOUZA, R. P. de; FORTE, D. Especificidades da Comunicação em situações críticas. In: MORITZ, R. D. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

WILLIAMS, L. **Enfermagem médica e hospitalar**. Traduzido por Renato Barbieri e Tânia Micele. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2007.

Recebido: 30/9/2020. Aceito: 11/12/2020.

Autor

Maria Pires da Cruz Leal- Mestra em Psicologia pela PPGPSI/UFAM. Psicóloga formada pela UNINORTE/Manaus.

E-mail: mariapires_302@hotmail.com

Ewerton Helder Bentes de Castro - Doutor em Psicologia pela FFCLRP/USP. Docente do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia FAPSI/UFAM. Coordenador do Labfen. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2227-5278>

E-mail: ewertonhelder@ufam.edu.br