



## AS EMOÇÕES E OS SENTIMENTOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER

### THE EMOTIONS AND THE FEELINGS IN THE NURSING ASSISTANCE TO THE CHILD WITH CANCER

CHAVES<sup>a</sup>, Aline de Alencar; ALBUQUERQUE<sup>a</sup>, Thaís Rodrigues de; RAMOS<sup>a</sup>, Andreza Guedes Barbosa; ALENCAR<sup>a</sup>, Ana Maria Parente Garcia; MENEZES<sup>b</sup>, Irwin Rose Alencar de.

Departamento de Enfermagem - URCA<sup>a</sup>; Laboratório de Farmacologia e Química Molecular - URCA<sup>b</sup>

Recebido em: 16/06/2015; Aceito: 05/04/2016; Publicado: 22/04/2016

#### Resumo

Esta pesquisa surge da necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da assistência dos profissionais de enfermagem à criança portadora de câncer. O estudo teve como objetivo conhecer aspectos emocionais relacionados à assistência à criança com câncer; através da pesquisa qualitativa. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semi-estruturadas e observação de campo com 14 profissionais da Equipe de Enfermagem do Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza-Ceará. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, sendo identificadas cinco categorias emergentes dos discursos dos sujeitos. Conclui-se que, apesar da sobrecarga emocional a que estão expostos, os profissionais mantêm o compromisso na assistência as crianças, entretanto evidencia-se a necessidade de suporte emocional para assistí-las, pois existe tendência para exaustão emocional, desânimo e fracasso. Reforça-se a importância da inclusão da disciplina oncologia e do tema morte nos currículos dos cursos de formação e a importância da promoção e prevenção em saúde no ambiente de trabalho.

**Palavras chave:** Câncer infantil; Assistência; Sentimentos.

#### Abstract

This research appears of the need of deepening knowledge concerning the attendance of the nursing professionals to the child with cancer. The study had as objective knows emotional aspects related to the assistance to the child with cancer; through the qualitative research. The collection of data was accomplished by semi-structured interviews and field observation with 14 professionals of the Team of Nursing of the Infantile Hospital Albert Sabin, Fortaleza-Ceará. The data were submitted to the content analysis, being identified five emerging categories of the speeches of the subjects. It is ended that, in spite of the emotional overload the one that is exposed, the professionals maintain the commitment in the attendance the children, however the need of emotional support is evidenced to attend them, because tendency exists for emotional exhaustion, discouragement and failure. The importance of the inclusion of the discipline oncology is reinforced and of the theme death in the curriculum of the formation courses and the importance of the promotion and prevention in health in the work atmosphere.

**Keywords:** Children Cancer; Nursing Assistance; Feelings.

## INTRODUÇÃO

O câncer hoje constitui uma das principais prioridades de saúde e, constitui um dos maiores desafios que a ciência enfrenta neste início de século. Mais de 11 milhões de pessoas no mundo são diagnosticados com câncer todo o ano. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2020, serão quase 16 milhões de novos casos anuais, sendo que 60% desses casos devem ocorrer em países menos desenvolvidos como o Brasil. O câncer já corresponde à segunda causa de morte mais freqüente em nosso país, com 130 mil óbitos anuais, sendo superado somente por doenças cardiovasculares.

Observa-se que o seu impacto é maior que em outras enfermidades tão graves quanto, já que predominam sentimentos de sofrimento, morte, limitação social e física e alteração na estrutura familiar.

O câncer infantil representa cerca de 3% de todas as neoplasias na maioria das populações, estimando-se uma incidência anual de cerca de duzentos mil casos em todo o mundo. Dentre todas as neoplasias infantis, as leucemias representam as mais freqüentemente diagnosticadas, sendo responsáveis por 25% a 35% de todas as neoplasias malignas pediátricas. (BRAGA e LATORRE, 2002).

A busca de explicações para o aparecimento do câncer tem envolvido cada vez mais investimentos em pesquisas nas áreas médica, biológica, epidemiológica e social. Hoje, fica claro que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas, suficientes para constituírem uma causa necessária. O câncer infantil até duas décadas atrás era considerado uma doença aguda e de evolução invariavelmente fatal. Atualmente, tem sido visto como uma doença crônica e com perspectiva de cura em um grande número de casos. A ênfase terapêutica centrada em prolongar a vida ou apenas aliviar o sofrimento vem transformando-se em uma atividade mais ampla: assistir a criança e família, objetivando uma melhor qualidade de vida para ambas (LIMA, 1995).

A enfermagem convive com pessoas doentes que requerem grande demanda de compaixão, sofrimento e empatia. O serviço de enfermagem sofre, portanto, o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado com o doente. O trabalho da enfermagem oncológica é altamente desgastante, pois essa área lida direta ou indiretamente com questões humanas

significativas, ligadas à vida e a morte (Cheron e Bianchi, 2005).

Segundo Popim e Boemer (2005, p.667-685), o ato de cuidar em oncologia “implica em lidar com o humano em situação de fragilidade; requer uma relação de afetividade; é um cuidado que traz consigo a gênese do desgaste profissional”. Neste sentido, o ato de “cuidar” reveste-se de grande complexidade requerendo do profissional uma competência que vai para além da esfera técnico-científica, fazendo com que o enfermeiro necessite buscar por estratégias que lhe possibilitem enfrentar o desgaste a que é submetido em seu trabalho.

Quando o cuidado é direcionado às crianças, surgem vários problemas, pois o sofrimento da criança hospitalizada faz pensar sempre no “porque”? Quais as razões que justificariam o acometimento de um processo neoplásico maligno em um ser que ainda está desabrochando para a vida? Em virtude deste questionamento, todos os profissionais que se dedicam à assistência de crianças doentes, mesmo quando já dominam seus sentimentos devido aos anos de experiência, buscam uma resposta para as questões que os atormenta, e de alguma forma acabam compartilhando com as crianças suas dores, gemidos e angústias (LIMA, 1995).

Os anseios e as necessidades do cuidado perante essas crianças são aspectos importantes a serem investigados e analisados pela Enfermagem, uma vez que há fortes influências da assistência à saúde no sucesso do tratamento.

O câncer infantil estimula profundas emoções no profissional, principalmente da área de saúde, o qual se desgasta continuamente e que nem sempre apresenta um preparo adequado para enfrentá-las. É aí que atuação da equipe de enfermagem torna-se essencial para a promoção e recuperação da saúde, inclusive quando não há perspectivas de cura e nem de sobrevivência. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo conhecer os aspectos emocionais relacionados à assistência à criança com câncer e dessa maneira demonstrar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos profissionais.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### O CUIDAR: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS

Para Boff (1999) cuidar é mais que um ato. “É uma atitude que gera muitos outros atos. O

cuidado encontra-se na raiz do ser humano, na sua constituição, na sua essência”.

Em relação às crianças com câncer, os entrevistados informaram que assistir ao paciente oncológico é muito gratificante para a enfermagem, porque é um paciente que necessita de muito amor e cuidado, fazendo com que se apeguem facilmente às crianças em tratamento. Isto fica claro na fala de alguns entrevistados:

*“Prá mim significa muito! Muito gratificante. Muito gratificante mesmo. Porque assim, você colocar a mão ali e saber que pode ajudar naquele determinado momento e pode amenizar aquela dor. É mais do que uma medicação; é um carinho, é uma forma de pegar, uma forma de agir (...)”* (Mikael)

*“Olha, cuidar da criança com câncer pra mim é maravilhoso (...)”* (Melahel)

*“Gosto muito. Trabalho com amor. (...)”* (Nanael)

*“Eu me sinto bem, porque se eu pudesse, eu fazia ainda mais né? Mas só em já ta fazendo a minha parte eu já acho que to colaborando né?”* (Lacabel)

No entanto, a gratificação em cuidar das crianças com câncer não é o único sentimento demonstrado, pois nas seguintes falas essa gratificação é somada a sentimentos de tristeza, impotência e piedade

*“Ah, é muito importante. Tenho muita pena deles né? Se eu pudesse fazer alguma coisa, mas não tem como fazer nada né? Assim, só tem mais a dar carinho (...) Você faz, faz e no final você vê o resultado triste... Você se sente nada.”* (Caliel)

*“Significa muita coisa. É uma parte muito dolorosa né? Mas a gente trabalha com muito carinho. A gente se apega muito a eles.”* (Reahel)

*“Sentimento? Sei lá, é difícil né? Mais tem que encarar, faz parte do ofício.”* (Lacabel)

*“Prá mim, é, assim, eu acho muito doloroso (...)”* (Nanael)

Ferreira (1996), através dos depoimentos coletados em sua pesquisa, confirma essa idéia de que a equipe de enfermagem que trabalha com pacientes com câncer traz consigo representações sobre a doença, que na maioria das vezes são negativas. Completa-se aqui que não somente à doença, mas também em relação aos portadores, fato que fica comprovado com as falas citadas anteriormente, que demonstram sentimentos negativos sobre o cuidado às crianças portadoras de câncer.

Os enfermeiros reconhecem haver um envolvimento emocional com os pacientes, gerando vínculos afetivos e percebem que há a reciprocidade do apego por parte dos pacientes.

*“Teve um rapaz agora, que não tem nenhum ano que foi a óbito. 18 anos, a coisa mais linda, de 1,65m. Ele se apegou demais a mim, só me chamava de sogra, ligava pra mim querendo falar coma minha filha, dizendo que ia casar com ela. (...) A gente se apega mesmo mais aos adolescentes. Tinha um que quando chegava no meu plantão que eu não tava pedia: “Liga pra tia ai, que é pra tia pegar minha veia”* (Nanael)

*“Então não adianta dizer que eu não vou me envolver, porque se envolve de qualquer jeito.”* (Anael)

Nota-se também que os profissionais entrevistados apresentam um envolvimento tão grande em relação às crianças que chegam a associar o cuidado e os sentimentos como por alguém da própria família, geralmente como se fossem os filhos.

*“Nem que você não queira é uma parte nossa. Eu pelo menos, eu cuido desses pacientes assim, como se fossem meus filhos.”* (Nithael)

*“Porque é como se fosse mais um filho que a gente tem. O sentimento da gente é esse, pelo menos o meu é esse. Porque eu amo essas crianças de coração.”* (Anael)

*“O sentimento é de um filho! Porque se você tem filho, parente, principalmente quando você é mãe, você tem o maior cuidado, tem zelo, tem medo, tem pena...”* (Mehiel)

*“Eu não cuido só da saúde entende? Cuido do sentimento, do que eles estão pensando. (...) É como se eu fosse a mãe, é como se eu fosse o tudo”.* (Nanael)

Essas falas foram envoltas de grande emoção, percebeu-se que esse sentimento “de mãe, como filho” é realmente real, mexe com os profissionais de uma forma intensa, como se fossem verdadeiramente seus filhos. As falas abaixo explicitam a carga emocional presente nesse cuidado:

*“Sofre tanto a família como nós também profissionais, porque a gente já ta acostumado, mais no fundo a gente sofre também”* (Aniel)

*“Vai maltratando, acabando tanto com o paciente como com a própria família né? Enfim, com todos né? Até conosco aqui, que a gente sente né? (...) Às*

*vezes a gente tem que dar um apoio a mãe, mas a gente às vezes não consegue, porque o sofrimento é demais né?” (Nithael)*

*“(...) Ali se vai você conversar com ela. Começa a chorar; você não pode chorar... não pode né? A gente vem, vê aquela situação, em cima de uma maca sem poder fazer nada. As mães me abraçando. Você precisa ter muita fé em Deus mesmo, e muita coragem pra q você não caia em lágrimas junto com as mães” (...)* Porque ninguém é de ferro e a gente não deve deixar transparecer, porque se não, quem é que vai cuidar dele?” (Nanael)

*“Eu não posso me deixar abater, levar. Eu não posso. É doloroso!” (Caliel)*

*“A minha angústia eles não podem sentir nunca né?” (Lacabel)*

*“Dar uma força que às vezes você nem tem naquele momento, mas que você tem que passar porque no momento alguém tá precisando de força, de uma segurança, e se você se desmanchar em lágrimas junto com a família, como é que vai ser?” (Mikael)*

Fica evidente nesses depoimentos o sofrimento que acompanha todo o ato de cuidar em oncologia, o que confirma o estudo de Ramalho (2005), bem como a intensificação desse sofrimento na tentativa de reprimir a dor e a angústia causada, visto que “desmanchar-se, abater-se” demonstra a fraqueza, o medo e a dor, sentimentos considerados impossíveis de demonstração nessa realidade. Entretanto, há afirmação de um dos sujeitos em também passar para a criança seus medos e angústias, corroborando com o estudo de Lima (1995), que afirma que mesmo quando já dominam seus sentimentos, os profissionais de enfermagem acabam compartilhando com a criança suas dores, gemidos e angústias.

*“(...) Porque a gente às vezes não quer se envolver, mas tem uns que a gente se envolve mais que os outros. Ai, quer dizer, a gente sente a dor deles, da mãe, da família né? Porque a gente tá cuidando! (...) Mesmo que não queira a gente passa, mesmo que não queira né? A gente passa sofrimento, porque afinal de contas a gente tem coração, então a gente tem sentimento” (Nithael)*

A equipe de enfermagem reconhece que quem trabalha em oncologia é porque gosta muito do que faz, e enfocam a necessidade do carinho e da sensibilidade nessa relação de cuidado; porém, foi bastante ressaltado a questão do aspecto financeiro pelos participantes, fato este que chamou bastante atenção: “Será que os profissionais estão

vendo colegas de profissão sem comprometimento na assistência a criança?”

*“Porque em primeiro lugar você tem que ter amor, se não tiver é melhor nem cuidar”.* (Nithael)

*“O profissional tem que ser preparado, tem que ter carinho por essa área. E também não pode ser qualquer pessoa, nem pelo interesse financeiro, mas pelo interesse na criança, no próximo, em ajudar. O profissional tem que acima de tudo gostar do que faz...”* (Aniel)

*“Falta mais carinho, sensibilidade, tem gente que vê só o lado financeiro (...). (Mikael)*

*“Se pudesse fazer uma reciclagem... porque tem umas que trabalham e não visam o amor, não visam o que tá acontecendo com aquela criança, e visa sim mais o dinheiro...”* (Nanael)

*“A pessoa ser mais humilde, ser dócil, ter amor. É dar né? Porque eu acho que é muito doloroso e a gente vê colegas né, que não passam; que não dá o que eles precisam naquele momento...”* (Caliel)

*“Inclusive na minha turma teve duas meninas que desistiram, porque só fica, eu acho que pra essa área, só fica realmente quem tem vocação. Porque se você não tiver, você não fica. Porque quando você chega aqui e vê um negócio desse, e passa a ver aquelas crianças...”* (Revel)

*“Só da prá você trabalhar na oncologia enquanto você tiver sensibilidade, enquanto você se apegar, enquanto você gostar de criança. Se você fizer aquilo por fazer... porque você tá lá: “Tô nem ai, esse menino vai morrer mesmo” Deus me livre, isso nunca aconteceu comigo. Não da prá você cuidar sem o amor, sem o carinho né?”* (Elemiah)

*“O que você diz é que você não tá aqui por acaso. Todo mundo que tá aqui nessa área da oncologia, na minha opinião, são pessoas destinadas, que não vem por acaso. Ninguém fica aqui por acaso. Muitas vezes já tentei desistir, mas não posso, não consigo...”* (Anael)

É interessante notar nessa última fala o comprometimento, a doação, o apego; tão fortes e tão alicerçados em “algo superior” que não possibilita o abandono, abdicar da profissão, como se fosse algo realmente “preso”.

Ficou bastante claro nesse estudo tanto através das falas, como da observação de campo, o envolvimento dos profissionais com a família das crianças, especificamente com as mães, corroborando assim com a pesquisa de Dupas, Caliri e Franciosi (1998), que afirma serem as mães a principal fonte de suporte para o tratamento e com a de Mello (2003), onde afirma ter o câncer um

impacto desestruturador, ameaçando o equilíbrio pessoal e o bem-estar familiar.

*“Não só o sofrimento da criança, como da mãe também, da família. A gente que convive diretamente com elas não sabe se é mais pena da criança ou da mãe. Tem muita mãe aqui que precisa mais de uma palavra amiga que seu filho que tá no leito. Tem mãe aqui que saiu de casa, deixou uma criança com 6 meses, quando ela voltou a criança não sabia mais que era a mãe, porque quando ela vem pra cá ela vem sem destino de quando voltar. Quando chega em casa marido tem deixado e trocado por outra, filho tem abandonado... ela vai só vê e retorna, quando volta vem cheia de problemas, lá vai a gente ter que dar uma de auxiliar e uma de psicóloga...”* (Nanael)

É importante destacar aqui a preocupação e a piedade que os profissionais têm com a figura materna, deixando evidente que todo esse envolvimento também acarreta sofrimento e dor. No depoimento do anjo Nanael entendeu-se como “dar uma de psicóloga” o estar disponível quando necessário: conversar, escutar, encorajar e dedicar-se, compreendendo serem essas as atitudes frequentes no cuidar da família.

Em síntese verificou-se que as significados e sentimentos em relação à criança com câncer e seu cuidado são colocados tanto como positivos como negativos; o que mostra o grande desafio que é a doença câncer e suas limitações tanto para quem possui a doença como para quem os assiste.

Ressalta-se que tais sentimentos podem interferir na qualidade da assistência no que se refere, principalmente, à falta de estímulo do cuidador para com suas tarefas, por achar que nada podem fazer. Gonzaga & Arruda (1998) colocam que a preocupação com o bem estar, a identificação e atendimento das necessidades de cuidados de saúde do ser humano, aliados às estratégias e ações técnicas, afetivas e emocionais parecem se constituir em requisitos essenciais para a eficácia do processo de cuidar.

### **O SIGNIFICADO DE VIVENCIAR A MORTE: LIDANDO COM AS EMOÇÕES**

A situação de vida/morte gera sofrimento na equipe de enfermagem, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, em que o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas é inevitável. O profissional de enfermagem necessita e deve se envolver emocionalmente com o paciente e outras pessoas, se deseja manter uma relação autêntica, pois o envolvimento é vital na relação

terapêutica, uma vez que promove empatia e permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda às suas necessidades, sem prejudicar sua atuação em determinados momentos (LUNARDI et al, 2001).

Em relação às estratégias que a equipe de enfermagem encontra para lidar com suas emoções e sentimentos ao assistirem às crianças com câncer se sobressaem mecanismos de defesa ou de ajustamento como o da negação, repressão.

Segundo Coutinho (1999):

*Os mecanismos de ajustamento permitem um certo grau de tolerância à frustração (estado emocional que ocorre quando algo interfere ou impede que o organismo atue com alguma resposta que lhe seja realmente importante), aliviando ou defendendo o indivíduo de tensões, angústias e ansiedades a que fica exposto diante de situações conflitantes e frustradoras. Tais mecanismos não favorecem, contudo, uma atuação do indivíduo no sentido de alterar a realidade. (p.136)*

A mesma autora define a repressão como sendo o mecanismo que consiste no esquecimento seletivo de situações muito desagradáveis para o indivíduo e que lhe causem ansiedade. A energia reprimida se desloca para alguma ação que, em si, não causa angústia no indivíduo. Já a negação implica na percepção do mundo tal como a pessoa desejaria que ele fosse, não como ele é realmente.

Através da fala do entrevistado identificamos um exemplo da repressão.

*“Ao sair do hospital tiro da lembrança, totalmente, tudo que ocorreu durante o período (...).”* (Ariel)

Em se tratando da negação foram muitos os exemplos, caracterizando este mecanismo como o mais utilizado.

*“Eu tento ser mais amiga deles, ser mais alegre, conversar, contar histórias, fazer brincadeiras... pra que eles não pensem no momento que eu tô triste sabendo que ela vai morrer. Então eu tento transparecer que ela não vai morrer e que jamais existe essa doença pra ela”.* (Aniel)

*“Eu, minha estratégia, quando eu entro aqui eu esqueço primeiro dos meus problemas. Eu entro aqui, minha mente fica vazia com meus problemas lá fora... e, assim, eu tento ao máximo esquecer que eles têm câncer entendeu? Entro aqui e trato eles como crianças comuns que vem fazer um tratamento e daqui a pouco vai ficar bom, entendeu?”* (Melahel)



*“Passo tudo de bom pra eles né? Não passar aquela vida que tá ali doente e que vai se acabar. Tem que passar tudo de bom, procurar ver a vida de outro lado, de outro jeito, porque a depressão é grande. Mas passo tudo de bom, que eles vão ficar bom, que vão ficar curados, vão sair dessa. Tudo de bom né?”* (Nithael)

Este modo de lidar com a situação – a negação – está intimamente ligado à questão da morte relacionada com o câncer. Eles tentam de certa forma, negar a situação em contrapartida às próprias crianças, que muitas vezes lhes mostram com o seu mau prognóstico que a morte realmente existe e não há como escapar. Assim sendo, pode-se perceber situações onde, pela angústia do cuidador diante da possibilidade de morte da criança, alguns tipos de inter-relações se estabelecem na tentativa de negar essa possibilidade existencial; situações onde há a crença de que o paciente não pode conhecer a gravidade de sua doença, de modo a ser protegido da ameaçadora notícia de que sua morte pode estar próxima.

Como no estudo de Costa e Lima (2005) os profissionais de enfermagem também relataram que as manifestações de perda estavam relacionadas com a existência do vínculo afetivo. Em suas falas, identificaram-se expressões que descreveram a perda como sendo algo difícil de aceitar porque eles mantinham vínculo afetivo com a criança e sua família e esse foi rompido com a morte.

*“Porém, quando a gente se apega a alguns né? A gente vê que o tratamento piorou e a morte tá perto... eu acho que aquele dia ali meio que, acabou sabe. Aquele dia ali, eu acho que, assim, é, acabou, o dia entristeceu. Eu acho que não tem, não vai mais te trazer alegria aquele dia quando você vê o tratamento que não deu certo”.* (Melahel)  
*“Você sabe, as crianças, elas precisam muito da gente, principalmente aquelas que você se envolve. Ave Maria, quando uma criança daquelas morre, Ave Maria... aí então você sofre demais, é difícil, não é fácil não”.* (Elemiah)

Alguns profissionais reagem de forma diferente, tentando conviver com os sentimentos despertados pela situação da morte, evitando um super envolvimento que possa prejudicar seu lado profissional e igualmente evitando um posicionamento frio e desumano que possa comprometer sua relação com todas as pessoas envolvidas e com seu próprio senso de realização profissional:

*“Eu não sei por que, mas quando eu começo a falar vem muita emoção entendeu? Quando um menino morre, eu fico louquinha aqui. E nem gosto muito de falar, de conversar com a mãe... Quando eu converso e beijo ela, ai pronto... me desmancho em lágrimas...”.* (Aniel)

*“Aqui eu sou a profissional, em casa eu sou a emotiva, eu choro, eu lembro todos eles. Mas eu deixo em casa. Quando eu chego aqui, pronto, acabou tudo”.* (Nanael)

*“Pra mim, é, assim, eu acho muito doloroso, mas eu boto aquilo ali do lado profissional, mas o emocional a gente sempre sente né?”* (Revel)

*“Não, não, sinceramente não. No início, quando eu comecei, eu sentia, eu chegava em casa e dizia “Minha Nossa Senhora, me ajuda”. Agora não, devido a tanto tempo, a gente vê tanto que é uma coisa normal, não assim normal, mais... Natural né? Porque eu acho que os que se internam aqui já sabem o final né? A gente sente é claro, mas...né?”* (Lacabel)

*“Tem certos momentos que a gente tem que pensar só no lado profissional, esquecer um pouco, não é ser alheio ao sofrimento, mas tem momento que o profissional chama mais.”* (Mikael)

*“Eu sempre digo assim, a gente tem que separar o lado profissional do pessoal, infelizmente. Eu nem sei te dizer qual é a estratégia não, com o passar do tempo a gente adquire. Nada melhor na vida da gente do que a vivência né? Assim, a gente vai ficando mais acostumada. Mas eu também aprendi, a gente aprende a lidar com esse sentimento, mas aprende de uma certa forma também a não ser fria”.* (Elemiah)

Essas falas também expressam uma ambigüidade - envolvimento x não-envolvimento - como se fosse uma conduta possível de ser tomada. No entanto, percebe-se que tal não é possível, considerando que as relações de natureza afetiva são inerentes ao humano, em sua relação com o outro.

Coutinho (1999) esclarece que:

Os conflitos provocam reações emocionais intensas. A mais comum é a ansiedade, que se caracteriza por um misto de medo, apreensão e esperança ligados ao futuro. Constitui-se, geralmente, num sentimento de ameaça imaginária ou real à segurança do indivíduo. (p. 136)

O uso de tais mecanismos de defesa contra a ansiedade pode acabar gerando outro tipo de sofrimento para o profissional. Um exemplo é que o profissional, ao fragmentar o seu relacionamento

com o paciente, tenta evitar o contato prolongado com o paciente e o possível sofrimento emocional oriundo desse contato. Com isso, os profissionais de enfermagem podem deixar de perceber limitações e angústias do paciente e dessa forma deixar de ajudá-lo, não proporcionando a este um dos cuidados que lhes são conferidos, a assistência emocional.

No entanto, verifica-se que, para conseguir desenvolver seu trabalho, faz-se necessária a minimização de suas angústias e medos, o que torna menos dolorosa sua aproximação e separação do paciente. Pode-se então afirmar que, em parte, os mecanismos de defesa protegem o profissional de enfermagem de vivenciar as perdas e tristezas às quais ele está sujeito dentro do hospital. Como afirma Kóvac (2003):

A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia onde, aparentemente, existe a ilusão da imortalidade. Se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiria realizar nada. (p. 79)

Outra questão que chamou atenção foi a forma como esses profissionais mudaram a visão de vida após passarem a conviver com essa realidade, ou seja, no sofrimento do próximo encontram uma forma de aceitar com mais facilidade os problemas do dia-a-dia, de ser mais grato à vida:

*“Quando você começa a olhar e você pensa... então assim, você passa a ser menos resmungão, resmunga menos da vida, reclama menos, porque você vê o sofrimento, então assim, você ta bem, você consegue as coisas...”* (Melahel)

*“Eu chegar aqui e ver que tem pessoas que tão sofrendo mais que eu, e que meus problemas são bem pequenininhos e que posso resolver amanhã ou depois. E o deles não, tá ali, e mesmo assim, eles tem uma lição, tem uma alegria nos olhos, tem uma esperança...(...) Quando eu penso num problema meu, que eu fazia um drama, ai me lembro deles.”* (Mikael)

*“Às vezes os meus meninos, quando dizem assim, se preocupam ou reclamam por besteira, eu digo assim “Ou meu filho, não diga isso não, você é feliz, você é rico em relação aqueles que sofrem”, que tem essa doença né?”* (Aniel)

O estudo de Lopes (2005) revela que o “fim da relação” assume características completamente diferentes em função do prognóstico de evolução da saúde do doente. Ou seja, se o prognóstico for considerado bom, o “fim da relação” vai semelhar-se a uma celebração e não

serão vislumbrados sinais de luto; se pelo contrário se perspectivar um prognóstico mau ou se a relação terminar devido à morte do doente, os sinais de luto e de sofrimento serão evidentes. Nesse estudo os profissionais também relataram esses sentimentos:

*“Se tá todo mundo bem você até se diverte e tudo, mas se não tá, você não consegue”.* (Anael)

*“Quando eu tô convivendo com essas crianças, pra mim é tudo de bom quando elas estão bem, e quando estão, quando eles estão tendo uma recaída, a gente se sente... eu me sinto péssima.”* (Ariel)

*“Quando sai e vai pra casa tudo bem, é uma alegria pra nós, mas quando vão a óbito, a gente fica triste.”* (Caliel)

Não se está questionando a utilização de defesas contra a angústia dos profissionais, mas sim a cristalização das relações estruturadas em torno da assistência; que torna o serviço ou hospital um ambiente de trabalho árduo e difícil de suportar, o que pode impedir a equipe de enfermagem viver plenamente a sua dor diante dos sofrimentos diários, ou seja, que faz com que a equipe mascare seus sentimentos. Isto fica bem claro com a fala de um entrevistado:

*“(...) É muito difícil, na hora assim, que tá na fase final, não passar pra criança nem pra mãe, às vezes simula, assim que a gente não tá tendo... que a gente não tá tendo emoção, sabe? Mas que na verdade no fundo a gente tá sofrendo também... A gente faz de tudo prá conformar a mãe, mas é uma fase muito dolorosa e marcante prá gente, mesmo com muito esforço, às vezes é impossível. (...).”* (Reahel)

Assim os sentimentos têm que ser “simulados”, como disse o Anjo Reahel, pois se o profissional se colocar no lugar do outro (o paciente), pressupõe-se que este deveria viver seus sentimentos e afetividade, como está sendo vivido pelo paciente, o que é praticamente impossível e inaceitável, pois como disse o Anjo Nanael: “Quem é que vai cuidar deles?”. É nesse contexto que se insere a exaustão emocional, considerada por Codo (2000) como a primeira etapa e a dimensão central da Síndrome de Burnout, “constituindo-se como a gênese das demais manifestações”. Os profissionais percebem e verbalizam, ora de forma explícita, ora de forma implícita, o processo de desgaste emocional gerado na ação de cuidar em enfermagem oncológica.

*“Não tem mais jeito, mas tem que ficar ali perto, dando força. Porque quem sente é a gente né? Se sente triste. Tem época assim que a gente não se liga, mas tem época que o sofrimento é tão grande, que a gente fica assim, tão, até assim, a gente fica mais estressada às vezes, por eles sofrerem tanto e não ter jeito né?”* (Nithael)

*“Então não tem como você não absorver, você absorve, tem horas que você tá estressada, tem horas que você chora com mais facilidade, essas coisas... a gente sofre muito.”* (Eliemias)

*“Com certeza influencia. Você até sonha, você escuta eles falar com você quando vão a óbito. Você tá todo tempo com aquilo na cabeça. Você fica desgastada, você fica lá em baixo. Se você não tiver muita vontade você desiste, porque é muito triste você ouvir uma criança pedindo pra ajudar e você não poder.”* (Mehiel)

Através da análise dessas falas, juntamente com outras já citadas anteriormente, percebeu-se que apesar de continuar existindo comprometimento com o ofício, até mesmo entre os que se mostram mais insatisfeitos e desenvolvem atitudes mais negativas diante das situações de trabalho, esboça-se uma tendência para a exaustão emocional, o sentimento de não querer dar mais e/ou o sentimento de inadequação e fracasso, os quais podem levar à desistência, a perda da relação com o trabalho.

A partir dessas constatações, defende-se aqui a idéia de que todo indivíduo que execute cuidados à vida humana deve estar munido de ferramentas que lhe permitam uma intervenção eficaz, a qual deve incluir não somente aspectos biológicos, mas também as emoções por estes desencadeadas.

Dentre as estratégias usadas para lidar com as emoções ao assistirem à criança com câncer, também mencionada pelos entrevistados, a fé, isto é, a procura por Deus e o uso de orações realizadas tanto para eles próprios como para a criança assistida e sua família, foi muito mencionada. Como falam alguns dos entrevistados:

*“Eu busco força aqui, no meu coração, e peço a Deus, rezo todos os dias.”* (Aniel)

*“Deus, só Deus. Porque nesse momento a gente deve pedir muita força mesmo a Ele pra que não deixe a gente jamais interromper um procedimento pela emoção. Só Deus, não tem outra explicação, só Ele mesmo. (...) Nós não somos nada, quem da força a gente é Deus”* (Nanael)

*“Eu gosto de rezar, pedir a Deus que me dê força e muita coragem pra ta aqui. Eu procuro sempre*

*pedir a Deus pra dar força pra eu ver, porque tem uns aqui que a gente... é ruim demais você ver essas coisas, porque é muito doloroso”.* (Revel)

*“Ah, quando eu tô assim perto deles, eu começo a rezar, eu rezo.”* (Mehiel)

Sabe-se que o relacionamento entre o profissional de enfermagem e o paciente se estende na busca amenizadora das situações conflitantes e dolorosas, sejam elas físicas ou emocionais. O profissional, no seu exercício, depara-se com situações variadas e complexas, isto é, trabalha na prevenção, na cura e nos momentos terminais, desenvolvendo dessa forma uma relação de ajuda bio-psico-espiritual.

Segundo Graham (1989), citado por Lago (1994: 28): “Não precisamos recorrer à rebeldia, ou à rejeição, ou ao medo, ou a outra atitude que as pessoas adotam ao defrontar-se com a realidade da morte”. Lago (1994) complementa: “Existe outra maneira, a maneira de Cristo, mediante a qual sabemos que se por um lado a experiência da morte é uma certeza, por outro, também é certo o fato do céu. (...)”.

Revelou-se, portanto, que o profissional tem que assumir uma postura de equilíbrio físico, psicológico e espiritual diante de sua própria inquietação e ainda mais, tem de assumir o papel de bom conselheiro sejam quais forem as circunstâncias.

## O SER AMIGO

Camacho (1998), refere-se ao papel do enfermeiro junto a criança com câncer como sendo o encarregado dos cuidados prestados, do apoio psicológico e que tenta orientar ao mesmo tempo em que educa, ou seja, estes profissionais devem ver o paciente oncológico pediátrico “acima de tudo, holisticamente”.

A doença e a hospitalização são vistas por alguns autores como sendo experiências dolorosas e desagradáveis para as crianças e os adolescentes, os quais muitas vezes podem responder a isto com diversos sentimentos tais como a depressão, a raiva, a rejeição afetiva, entre outras (GONZAGA & ARRUDA, 1998). Isso é evidenciado em uma das entrevistas:

*“É muito importante o relacionamento do profissional com a criança (...) pra criança te aceitar pra fazer todas as medicações, e tem medicação doída (...)”.* (Ariel)



Gonzaga & Arruda (1998) referem que estas reações podem ser amenizadas pelas ações dos profissionais que facilitarão a adaptação do cliente às novas situações, sendo ainda mais facilitada quando durante a internação há um acompanhante. Nesse caso, quando se fala de acompanhante nos referimos à mãe, que é quem permanece, a maioria das vezes, com a criança durante o período de internação, bem como no acompanhamento ao Hospital-Dia.

O apoio à família, que muitas vezes se mostra angustiada frente à situação da doença a ser enfrentada, é uma preocupação notória na observação de campo e principalmente durante as entrevistas, visto que, esta problemática é citada em praticamente todos os discursos dos entrevistados quando lhes é questionado sobre o papel da enfermagem frente ao paciente oncológico pediátrico.

*“(...) E sempre tá motivando eles (pais) a esquecer da doença e pensar positivo.”* (Nanael)

*“Cuidar da criança com câncer não é só cuidar dela né? Assim, a gente trabalha também com a família, porque a família, as mães, envolve muito né?”* (Melahel)

*“A gente procura tanto aliviar a dor da criança tanto da mãe né? Eu vejo o lado das mães, principalmente dos pacientes adolescentes que é um sofrimento terrível”* (Eleemiah)

*“(...) Além das crianças, os pais também. Porque as crianças, a criança não entende muito bem o que tá acontecendo, mas os pais tem a toda aquela angústia de tá passando por tudo aquilo, ter uma criança nessa situação(...)”* (Anael)

A equipe de enfermagem, por ser composta pelos profissionais que mais convivem com os pacientes e que se mantêm junto a eles nos momentos críticos, adquire a responsabilidade de compreendê-lo como unidade biológica, psicológica, social e espiritual (VALLE, 1997; ZANCHETA, 1993). Deve assim apoiar não somente a criança, mais também a família, por ser o câncer uma doença que requer um longo e traumático tratamento e que “mesmo com muita luta pode terminar em morte” (LIMA, 1995). Por conta disso, incubem-lhes tomar decisões delicadas que mobilizam forte carga afetiva, uma vez que convivem também com a angústia dos familiares, necessitando lhes dar suporte em uma experiência emocional crítica.

Quando ocorrem recidivas da doença após o término do tratamento a equipe deve manter-se mais atenta e mais próxima para apoiar e orientar o

paciente e a família para que estes vejam “... a nova fase de tratamento não com descrédito”, mas que mantenham a esperança. (LIMA, 1995; MELO 1995).

Segundo Schulze (1997) “... o processo de cuidar envolve relacionamento inter-pessoal, primordial no que se refere ao cuidado à criança com câncer”.

*“A gente tá sentindo igual a eles (...) triste.”* (Nanael)

*“Tem que ser um profissional de amor, tem que trabalhar mais com o sentimento.”* (Caliel)

*“Não pode se só o profissional de enfermagem tem que ser um pouco mais, ele tem que abrir mais o leque no sentido de ser mais amigo.”* (Melahel)

*“... pra mim, cuidar de um paciente em outra clinica não é a mesma coisa a minha atitude é diferente. Aqui é um sentimento espontâneo, entendeu?(...)Se me colocarem pra trabalhar(...) em qualquer outra clinica pra lá a maneira de eu ser, de eu sentir lá é diferente daqui, é muito diferente. Aqui eu vivo para os pacientes, entendeu?”* (Reahel)

Esse envolvimento é percebido também quando se vê o interesse em saber do estado dos pacientes mesmo quando o funcionário encontra-se no seu dia de folga sendo isto constatado durante a observação de campo. Acredita-se ser através desse envolvimento afetivo que o funcionário adquire a confiança da criança relatada pelo entrevistado, podendo com isto, facilitar a realização de tarefas.

*“(...) porque muitas vezes você deixa um deles aqui e fica pensando: “Será que fulano tá melhor? Aí liga!”* (Anael)

*“O que a gente percebe quando fica com eles é a confiança que eles têm na gente, como uma criança confia na mãe. Quando vai dar medicação pra eles, quando vai punccionar uma veia (...)”* (Mikael)

De acordo com Gonzaga & Arruda (1998) é este o cuidado afetivo-emocional do qual o cliente sente necessidade. Diz ainda que “cuidar implica em amor, exercer a responsabilidade, o respeito e utilizar conhecimentos técnicos científicos” ressaltando que “o cuidado mecânico impede o exercício da ciência e da arte de cuidar (...) e o cuidado técnico feito sem amor tem o impacto frio do gelo.” Em referência ao papel da equipe de enfermagem frente à criança, os participantes colocaram como primordial o cuidado e o amor.

*“Eu acho que é dedicação”* (Melahel)

*“É o cuidar. Cuidar bem e com zelo, ter a técnica certinha, o cuidado”.* (Mikael)

*“O papel da enfermagem... o papel da gente é, é procurar fazer o possível e o impossível por eles né?”* (Nanael)

*“É dar carinho, muito carinho, muito. Dar o melhor possível, eu acho que o principal é isso”.* (Caliel)

*“Eu acho que cuidado, muito cuidado, é pouco, todo cuidado é pouco”.* (Lacabel)

*“Principalmente o amor né? É isso.”* (Nithael)

*“É o cuidar, o cuidado que se tem. É o cuidar, porque naquela hora que a pessoa tá mais frágil o mais importante é o cuidar.”* (Anael)

*“Eu acho assim, primordial, é o cuidar e o carinho que você passa pra eles. Você não pode ser aquela pessoa seca não.”* (Mehiel)

A humanização da assistência pode se dar quando cada membro da equipe se deixa envolver pela carência afetiva do cliente, peculiar ao paciente oncológico e que se torna ainda mais evidente quando este é uma criança, e deixa com que suas emoções e seus sentimentos envolvam o ato de cuidar. Uma assistência de qualidade implica interação com o próximo, pois é a partir dela que ele identifica as reais necessidades que as crianças/adolescentes e suas famílias demandam.

- Gonzaga e Arruda (1998) ressaltam a importância que a equipe de enfermagem deve ter antes de decidir-se sobre sua participação no processo de cuidar, enquanto envolvimento voluntário e conscientemente deliberado, devendo verificar se ela deseja apenas executar os procedimentos de enfermagem ou se ela deseja afetivamente cuidar.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os discursos da equipe de enfermagem que presta assistência à criança portadora de câncer verificou-se o sentimento de amor e muita gratificação nessa relação de cuidado, visto que se sentem bem em poder ajudar e amenizar o sofrimento, porém, constatou-se que essa é uma relação de dor, aflição e ansiedade, pois a mesma está relacionada a uma experiência de temor e piedade interiorizada na pessoa e perceptível nas falas.

Avaliou-se que é através da fé e da busca no superior que esses profissionais tentam encontrar força para lidar com a realidade em que convivem, entretanto, ficou evidente pelas falas que é através da negação, da racionalização e do isolamento das emoções que esses profissionais acreditam poder se

defender contra a angústia gerada pelo seu trabalho, ficando claro que essas defesas não conseguem alcançar o objetivo.

Para lidar com a angústia, todo indivíduo se utiliza de mecanismos de defesa e ao utilizarem esses mecanismos para lidar com o câncer, os profissionais de enfermagem podem deixar de perceber as limitações e angústias do paciente e dessa forma deixar de ajudá-lo, não proporcionando a este um dos cuidados que lhes são conferidos, a assistência emocional.

Não se está defendendo com isso a idéia de que o profissional se envolva emocionalmente com a situação do paciente e sua família, o que pode dificultar seu trabalho, mas sim afirmando que o isolamento das emoções é um fator que além de exercer interferência negativa na assistência à criança, não alivia a angústia, o medo, a aflição e a ansiedade sentida pelo profissional. Considera-se que a melhor maneira de lidar com essas emoções não é a atitude de reprimi-las ou negá-las, mas a possibilidade de sua elaboração.

A questão morte determinou que, apesar de ser uma experiência constante nessa atmosfera de trabalho, os profissionais não estão preparados efetivamente pra esta vivência, admitindo falha na formação dos mesmos, tanto em assistência emocional como no processo de morte-morrer. Nesse processo as emoções e sentimentos ganham ainda maior expressão causando a exacerbação do sofrimento.

Conclui-se que as mudanças necessitam ocorrer simultaneamente nas escolas e nas instituições hospitalares, ou seja, as escolas devem preparar seus alunos para atuarem de forma mais eficaz na área de oncologia, incorporando tal disciplina como básica na grade curricular: oferecendo uma visão ampla acerca da saúde e da doença, enfatizando a necessidade da abordagem multidisciplinar, enquanto que as instituições hospitalares podem, com auxílio da educação permanente, ajudar os profissionais a realizarem reflexões.

Dessa forma, considera-se que é importante e de grande resultado oferecer ao profissional de enfermagem reparo emocional para seu trabalho, pois estes poderão oferecer ao paciente não apenas os cuidados técnicos, mas, principalmente, um cuidado emocional quando este paciente solicitar sua presença para simplesmente dividir seus medos, esperanças e dúvidas.

#### REFERÊNCIAS

- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra.** 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOGDAN R, BIKLEN S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** 2ª ed. Porto (PT): Porto Editora, 1994.
- 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, pp. 33-44, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2005.
- CAMACHO, A. C. L. F.. O impacto dos acadêmicos de enfermagem frente aos clientes com doenças neoplásicas em fase terminal. **Rev. Alternativa de enfermagem.** Ano II, n. 16, p. 30-35, julho de 1998.
- CHERON, Ligia de Lima; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estresse em enfermeiros que cuidam de pacientes com câncer.** Escola de Enfermagem da USP [Monografia] 2005.
- CODO, Wanderley. **Educação: carinho e trabalho.** Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.432p.
- COSTA, Juliana Cordela da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-Americana de Enfermagem,** 2005, março-abril, 13(2):151-7.
- COUTINHO, M. T. da C. **Psicologia da educação: um estudo dos processos psicológicos de desenvolvimento e aprendizagem humanos, voltado para a educação com ênfase na abordagem construtivista.** 7ª ed. Belo Horizonte, MG. Ed. Lê, 1999.
- DUPAS, Giselle; CALIRI, Maria Helena L., FRANCIOSI, Maria Conceição. Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada à família e a criança portadora de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 44, n. 4, out/nov/dez 1998.
- FERREIRA, N. M. L. A. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. **Rev. Brasileira de Cancerologia,** São Paulo, n.42. p. 161-170, 1996.
- GONZAGA, M. L. de C; ARRUDA, E. N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 6, n.5, p. 17-26, dezembro 1998.
- KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo/FAFESP, 2003.
- LAGO, S.V. L. *et. al.* **Por que Deus?** Reflexões para o homem em momentos de crise. Goiânia, GO. Ed. AB, 1994.
- LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **A enfermagem na assistência à criança com câncer.** \_AB, Goiânia, 1995.
- LOPES, Manuel José. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. **Revista da Escola de Enfermagem,** 2005, 39:220-228.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SULZBACH, Rodrigo Carolo; NUNES, Anderlei Collares; LUNARDI, Valéria Lerch. **Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.** Texto & Contexto Enferm. 2001, 10(3): 60-8.
- MELO, L. L. Equipe de enfermagem: Experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos. 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 19 a 24 de novembro de 1995. Goiânia-GO. **Livro Resumo.** P. 452-453.
- MELO, L. L. Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Hucitec – Abrasco, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.5, Ribeirão Preto set./out. 2005.

RAMALHO, Mirian Aydar Nascimento. **Conhecendo as vivências dos cuidadores: estudo exploratório com profissionais da área de oncologia pediátrica**. São Paulo, s.n, 2005, 131 p.

SCHULZE, N. C. M. et al. **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo-SP, Robe Editorial, 1997

SILVA, F. B & KIRSCHBOUM, D. J. L. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. **Rev. brasileira de enfermagem**, v. 51. P. 273-290, abr/junho de 1998.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. **Câncer infantil**, 2ª ed. São Paulo, PSY, 1997.

ZANCHETTA, Margareth Santos. **Enfermagem em cancerologia**: prioridade e objetivos. Rio de Janeiro, RJ. Ed. Revinter, 1993.