



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**A COMPREENSÃO DOS DISCURSOS DE ENFERMEIRAS SOBRE O
CUIDADO À CRIANÇA CON-VIVENDO COM CÂNCER NA UTI À
LUZ DA PSICOLOGIA FENOMELÓGICO- EXISTENCIAL**

MARIA PIRES DA CRUZ LEAL

Manaus – 2017

MARIA PIRES DA CRUZ LEAL

**A COMPREENSÃO DOS DISCURSOS DE ENFERMEIRAS SOBRE O
CUIDADO À CRIANÇA CON-VIVENDO COM CÂNCER NA UTI À
LUZ DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

MANAUS – 2017

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Leal, Maria Pires da Cruz
L435c A Compreensão dos discursos de Enfermeiras sobre o cuidado à
criança con-vivendo com câncer na UTI à luz da da Psicologia
Fenomenológico-Existencial / Maria Pires da Cruz Leal. 2017
77 f.: 31 cm.

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Câncer Infantil. 2. Enfermagem. 3. uti. 4. Psicologia . 5.
Fenomenologia . I. Castro, Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARIA PIRES DA CRUZ LEAL

A compreensão dos discursos de enfermeiras sobre o cuidado à criança convivendo com câncer na UTI à luz da Psicologia Feomenológico-Existencial

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas – UFAM , como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovada em 26 de setembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Ewerton Helder Bentes de Castro - UFAM
Presidente

Arinete Fontes Veras Esteves - UFAM
Membro

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro - UEA
Membro Externo

Dedico este trabalho a todas as enfermeiras que trabalham com crianças con-vivendo com câncer em UTI, em especial àquelas que colaboraram com esta pesquisa, contribuindo de modo significativo para meu aprendizado acadêmico e pessoal, demonstrando que mesmo diante do sofrimento do outro é possível ir além da técnica, ser solícito e ajudar o outro a enfrentar e superar as adversidades inerentes à nossa existência.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida a iluminar meu caminho e me dar discernimento para superar dignamente os momentos difíceis sem me deixar desvanecer.

À minha família, especialmente aos meus irmãos pelo apoio incondicional nos momentos mais sensíveis e delicados dessa caminhada, por me incentivarem a seguir em frente.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro, por ter aceitado caminhar comigo nessa jornada, orientando-me na construção da pesquisa e alicerçando a cada dia o amor pela Psicologia.

À Fundação Centro de Oncologia do Amazonas por ter me concedido a oportunidade de realizar este estudo.

Às enfermeiras intensivistas da Unidade de Terapia Intensiva que colaboraram com esta pesquisa e possibilitaram desvelar este fenômeno: ser-enfermeira trabalhando com crianças con-vivendo com câncer, propiciando adentrar num espaço de suas vivências permeado de significados.

Aos professores que contribuíram de forma significativa para a minha inserção no mundo da pesquisa, para o meu crescimento profissional e humano. Desejo sinceramente desempenhar a profissão pautada na ética.

Aos amigos que me impulsionaram a permanecer firme ao longo dessa jornada.

Se o que você faz não puder ser chamado de ciência, de acordo com o que a palavra ciência significa hoje, isso torna menor ou menos valioso o que você faz? Por quê? Você acredita que a ciência é o único caminho? Você faz fenomenologia, e esse é, simplesmente outro caminho.

Bilê Tati Sapienza (Conversa sobre terapia)

RESUMO

LEAL, M. P.C. L compreensão dos discursos de enfermeiras sobre o cuidado à criança con-vivendo com câncer na UTI à luz da Psicologia Fenomenológico-Existencial. Dissertação de Mestrado. Manaus. Universidade Federal do Amazonas – UFAM 2017. 78 p.

A enfermagem é caracterizada como uma profissão do cuidado. Os profissionais desenvolvem suas atividades laborais junto a várias instâncias no ambiente hospitalar, dentre essas, a Unidade de Terapia intensiva . 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 foi compreender através dos discursos, os significados e as possibilidades de ressignificar a vivência do ser-enfermeira sobre o cuidado à criança con-vivendo com câncer na UTI. É uma pesquisa de natureza qualitativa e desenvolveu-se de acordo com os preceitos do método fenomenológico que prioriza olhar sobre a vivência do outro, seu mundo vivido a partir do viés compreensivo. Para a consecução desta pesquisa foi utilizada entrevista áudio gravada e partiu de questão norteadora, que após transcritas íntegra e literalmente, foram identificadas as Unidades de Significado, possibilitando a elaboração das Categorias Temáticas. Foram entrevistados três enfermeiras que desenvolvem suas atividades na Unidade de Terapia Intensiva 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 elaboradas três 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 essas vivências estão permeadas pela compreensão pluridimensional do fazer profissional da enfermagem e da afetividade presente na relação de cuidado que se estabelece entre as protagonistas desta pesquisa enfermeiros e crianças com câncer.

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

ABSTRACT

LEAL, M. P.C. The comprehension of nurses' discourses about invasive therapies for children living with cancer in the ICU in the light of Existential-Psychological Psychology. Masters degree dissertation. Manaus. Federal University of Amazonas - UFAM 2017. 78 p.

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 was to comprehend through the discourses, meanings and possibilities of re-signification of being-nurse experience in professional performance on the care of child the 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

SUMÁRIO

1	PRÉ-REFLEXIVO.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1	Câncer – Aspectos Gerais.....	17
2.2	Câncer infantil: caracterizando a(s) neoplasia(s) tratamento (s).....	18
2.3	Psico-oncologia: Câncer infantil e suas particularidades do diagnóstico ao tratamento.....	21
2.4	Unidade de Terapia Intensiva: ambiente de possibilidade de cura à finitude.....	23
2.5	Enfermeiros: a vivência dos procedimentos invasivos - um olhar para a Psicologia da Saúde.....	24
2.6	Marco Teórico Metodológico.....	30
2.6.1	A Fenomenologia.....	30
2.6.2	A Psicologia Fenomenológica.....	31
2.6.3	A pesquisa qualitativa e o método fenomenológico	33
2.6.3.1	O público	38
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4	CATEGORIA DE ANÁLISE.....	41
4.1	Categoria I: ser-no-mundo-sendo-enfermeiro e a importância da técnica..	42
4.1.1	O sentido atribuído à técnica.....	42
4.1.2	O discurso e a vivência procedimentos invasivos.....	43
4.1.3	O investimento na vida, o investimento no outro.....	43
4.1.4	O procedimento terapêutico visa sempre ao bem-estar da criança.....	44
4.2	Categoria II: ser-no-mundo: o outro me afeta.....	45
4.2.1	Ser-com-outro no sofrimento.....	45
4.2.2	E o emocional se mostra.....	46
4.2.3	Óbito: momento de extrema angústia	48
4.2.4	Mesmo na dor a criança é colaborativa	49
4.2.5	O câncer no outro e em mim, mas não é o fim de tudo.....	50
4.3	Categoria III: ser-no-mundo e a Ligação com o Divino.....	51
4.3.1	A busca do conforto através da oração.....	51
5	SÍNTESE COMPREENSIVA.....	53
6	ANÁLISE COMPREENSIVA A PARTIR DA PSICOLOGIA FENOMENOLOGICA EXISTENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER.....	57
7	CONSIDERAÇÕES.....	64
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE.....	73

Anexos: ANEXO I - Autorização da FCECON para realização da pesquisa.....	74
Anexo II - Parece Científico Comitê de Ética FCECON.....	75
Anexo III - Termo de anuência da enfermagem.....	76
Anexo IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77

1 PRÉ-REFLEXIVO

O interesse em compreender os discursos dos enfermeiros acerca dos procedimentos invasivos à criança con-vivendo com câncer partiu da atuação da autora deste trabalho de suas inquietações diante da ação de cuidar, em face do processo das terapias invasivas a partir das vivências como Auxiliar de Enfermagem em UTI pediátrica em clínica médica e cirúrgica no Instituto da Criança do Amazonas entre o ano de 2000 e 2007, destacando que a referida unidade recebia crianças com diversas doenças e de forma esporádica, crianças con-vivendo com câncer. As crianças eram então encaminhadas aos hospitais específicos destinados ao tratamento de tais doenças.

Outro momento se deu nos anos de 2013-2014, na graduação em psicologia, nos períodos sétimo e oitavo, quando estudei psicologia da saúde e hospitalar. A temática envolvia: assistência multidisciplinar e multiprofissional à criança hospitalizada e o papel de quem cuidava diretamente do infante e a necessidade de se voltar o olhar para o cuidador.

Aliado aos pontos anteriores está uma discussão em torno do filme “Prova de amor” do diretor Nick Cassavetes. O filme embasou um trabalho realizado no curso de graduação em psicologia e que gerou discussões éticas sobre até onde podemos chegar na corrida pela vida quando certos procedimentos terapêuticos violam a dignidade da pessoa. Uma criança foi concebida para doar medula para a irmã que sofre de leucemia, as duas irmãs são levadas ao extremo dos procedimentos invasivos (médicos e de enfermagem). Tanto a criança doadora, quanto a adolescente acometida pelo câncer não tinham direito de recusar os procedimentos realizados em seus corpos, pois era desejo da mãe que tudo fosse feito para salvar a filha doente mesmo à custa da dor e sofrimento da irmã mais nova.

Outro momento que veio reforçar a questão de se voltar o olhar para quem cuida do outro está compreendido no período de 2014 a 2016, no curso de formação a partir da abordagem fenomenológica - existencial de Heidegger no qual em um dos módulos tinha como proposta de discussão o cuidado na visão heideggeriana.

No final do ano de 2014, ao adentrar no mestrado em Psicologia me deparei com as aulas iniciais voltadas para o contexto da saúde no que se refere à criança acometida de câncer. E diante de tal situação conheci alguns módulos no curso enquanto acadêmica e agora pesquisadora, quase sempre ligados à área da saúde e relacionados à temática do câncer, sofrimento e cuidado.

No que se refere ao aspecto pessoal, percebi que há muita literatura acerca de inúmeros procedimentos realizados por enfermeiros, mas nada voltado às suas subjetividades

diante de um cotidiano marcado por dor e sofrimento do outro que chega para ser cuidado. Fiquei me perguntando por que isso acontece? Que fatores se entrelaçam para que se fale das atribuições do enfermeiro enquanto um profissional capacitado para desenvolver suas atividades, mas muito pouco acerca de suas vivências enquanto ser humano.

E assim me questioneei: 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? Assim, o objetivo deste estudo foi compreender através dos discursos, os significados e as possibilidades de ressignificar a vivência do ser-enfermeira sobre o cuidado à criança con-vivendo com câncer na UTI

O enfermeiro 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 no 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, os quais não fazem parte de seu mundo de vida. E, isto desencadeia conflitos emocionais manifestados 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 experimentar situações onde a ameaça de morte se faz presente. O infante precisará se adequar a uma nova rotina e isso pode retirar-lhes a liberdade de ser saudável, contudo, o corpo precisará receber cuidados.

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 multiprofissional e, dentre estes, se encontram o enfermeiro, a partir deste momento designados como intensivistas.

Os trabalhos realizados na UTI pediátrica causam certa 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 consequente morte.

Vejo a vivência numa UTI como geratriz de ansiedade e angústia, onde 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, percebi 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 também 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.

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.

Ressalto que a pesquisa tem por objetivo 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.

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 método fenomenológico, uma vez que envolve vivências e cuidado.

Para melhor compreensão, o trabalho está dividido da seguinte forma: elementos pré-textuais, revisão da literatura, trajetória metodológica, resultado e discussão, síntese

compreensiva, análise compreensiva a partir da Psicologia Fenomenológica – Existencial de Heidegger.

Aquilo que já vivemos, não há poder que nos possa roubar...; tudo o que realizamos de grande, precisamos e sofremos, é uma riqueza interna de que nada nem ninguém nos pode privar... e nesse passado nossa vida ficou assegurada, porque ser-passado é também uma forma de ser.

Viktor Frankl (Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração)

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Câncer – Aspectos gerais

Conforme o Instituto Nacional do Câncer – BRASIL (2014), câncer pode ser compreendido como capacidade que uma célula tem de crescer desordenadamente, dividir-se e invadir órgão e tecidos. De acordo com o referido instituto câncer pode ser atribuído a um conjunto de mais de 100 doenças. As células cancerígenas são caracterizadas como agressivas e incontroláveis e são elas que determinam a formação de tumores malignos.

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (BRASIL, 2006).

O câncer, ainda na atualidade, representa para a sociedade uma doença temível e que simboliza um prognóstico sombrio, podendo surgir em decorrência de alterações cumulativas no material genético chamado ácido desoxirribonucleico (DNA). As células saudáveis ou ditas normais podem sofrer mutações com amplo grau de malignidade (DANTAS *et.al*, 2009).

Para se compreender o conceito de malignidade, recorro a Rey (2004), que compreende com este termo o caráter insidioso e particularmente temível quer de uma doença, no curso da qual ele se manifesta pelo surgimento de sintomas anormais ou por uma evolução inesperada que acarreta rapidamente na morte; quer de um tumor, fatal por sua tendência à extensão e generalização.

A palavra câncer, que desde sua origem foi equiparada à dor e à morte, possui um processo mórbido que se inicia quando células anormais surgem em células do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração mal compreendido. Quando adquirem características invasivas, alteram os tecidos circundantes infiltrando-os e através dos vasos linfáticos e sanguíneos (disseminação do câncer) em outras partes do corpo (SMELTZER e BARE, 2011).

No que concerne aos dados epidemiológicos houve um aumento considerável do número de casos de câncer no mundo. O problema se tornou um caso de saúde pública, requerendo ações de controle e prevenção e educação para a saúde em toda sociedade dentro

do território nacional, desde os Estados mais desenvolvidos aos menos desenvolvidos (BRASIL, 2014).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O percentual mediano dos tumores pediátricos observados nos RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) nos brasileiros se encontram próximos de 3%. Depreende-se que ocorrerão aproximadamente 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos. As Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750 respectivamente, seguidas pelas Regiões Sul (1.320 casos), Centro-Oeste (1.270 casos) e Norte (1.210 casos).

Para o cálculo do número estimado de tumores pediátricos para o ano de 2016, optou-se por considerar apenas os valores estimados para todas as neoplasias, sem incluir os tumores de pele não melanoma, justificado por sua magnitude em adultos diferir tanto da observada em crianças e adolescentes. (BRASIL, 2016)

2.2 Câncer infantil: caracterizando a(s) neoplasia(s) tratamento

No câncer infantil ocorre uma diferenciação quanto aos tipos, sendo mais frequentes na infância e na adolescência alguns tipos de tumores sólidos e outros tumores de partes moles. Os sarcomas tanto sólidos como de partes moles são neoplasias que acometem crianças em diversas faixas etárias, bem como adolescentes. (BRASIL, 2008)

Para BRASIL (2012), os sarcomas são neoplasias diversificadas e cada uma com origem genética, prognóstico e tratamentos diferentes. Em relação aos sarcomas de partes moles, o rabdomyosarcoma é uma neoplasia localizada nas partes moles do organismo, contudo há sarcomas de partes moles específicos e sarcomas de partes moles inespecíficos (GOMES, 2015).

Melaragno (2013) ressalta que dentro do conjunto de neoplasias malignas temos o rabdomyosarcoma (RMS), sendo o mais frequente na infância e adolescência, pois se trata de um tumor pediátrico, e sua incidência varia entre 2 a 5 anos de idade. O sítio preferencial do rabdomyosarcoma na criança e em adolescentes é a região da cabeça e pescoço, seguida pelo trato geniturinário, extremidades, tórax e retroperitônio.

Em relação aos tumores sólidos BRASIL (2012), destaca o Retinoblastoma, tumor que afeta a retina no fundo do olho como o tumor de células germinativas; e Camargo (2013) aponta o tumor de Wilms, tumor renal, como o câncer mais frequente na infância.

No que concerne aos tumores do sistema nervoso central e outras neoplasias infantis intracranianas, merecem consideração a Astrocitoma, tumor neuroectodérmico primitivo, outros gliomas, outras neoplasias inespecíficas intracraniais e intraespinhais. (BRASIL, 2008)

Para Mansur e Emerenciano (2013), as leucemias são neoplasias ou desordens malignas classificadas de acordo com os aspectos morfológicos da medula óssea, pois é na medula-óssea, a partir de uma célula-tronco que os leucócitos são fabricados. Quando a leucemia se manifesta, o leucócito perde a sua função, reduz o espaço dentro da célula óssea e outras células do sangue são produzidas desordenadamente lançadas prematuramente na corrente sanguínea, sendo que as leucemias podem ser aguda ou crônica. Na primeira, a multiplicação das células malignas de forma desordenada leva a um quadro de enfermidade agressiva, enquanto na leucemia crônica a doença evolui de forma mais lenta.

Para Meadows *et. al.* (2005) as leucemias Linfoblásticas agudas (LLAs) é o tipo de leucemia mais comum na infância, ocorre em todas as raças com um pico de incidência entre 3-5 anos, e que esse tipo de leucemia é diagnosticado pela presença de blastos no sangue periférico; por outro lado as leucemias Mieloides agudas (LMA) ou leucemia não-Linfocítica aguda, ao contrário da LLA, estas ocorrem em crianças mais velhas, mas não tendo prevalência de um sexo em detrimento de outro.

As doenças de Hodgkin são doenças neoplásicas sistêmicas e acometem tanto a criança quanto o adolescente e são divididos em: linfoma de Hodgkin (conhecido como doença de Hodgkin) e não-Hodgkin, consequência de uma mutação genética no organismo humano. Esse tipo de câncer se origina nos linfonodos do sistema linfático, que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que as conduzem pelo corpo. A doença surge quando um linfócito (tipo de glóbulo branco) se transforma em célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se. A célula maligna começa a produzir nos linfonodos cópias idênticas (também chamadas de clones). Com o passar do tempo, há risco de essas células malignas se disseminarem para os tecidos próximos e, atingir outras partes do corpo se não houver tratamento (BRASIL, 2010).

De acordo com Epelman (2013), os Osteossarcoma ou tumores sólidos geralmente estão relacionados com massas localizadas nas diversas partes do corpo, e a depender da localização apresentam uma variedade histológica podendo se disseminar mais rapidamente na criança que nos adultos.

O tumor de Wilms ou nefroblastoma, segundo Camargo (2013), se trata de um tumor maligno, e é mais frequente na infância, representa 5% a 10% dos tumores. Esse tipo de tumor

se manifesta como uma massa assintomática detectada pela palpação quer seja de um pediatra ou familiar da criança.

Conforme o BRASIL (2008), o câncer infantil tem tratamento com cirurgia, radioterapia e quimioterapia ou pela combinação de duas ou mais dessas terapias. Apesar das exceções, o câncer infantil costuma responder bem à quimioterapia, porque tem crescimento rápido.

De acordo com Mahboubi; Rosemberg; Heyman; Sydney, *et.al* (2005), a conduta terapêutica dessas neoplasias, em regra, se diferencia conforme o grupo de neoplasias e tipo manifestado na criança. Alguns fatores devem ser levados em conta, obrigatoriamente para que se inicie o tratamento, tais como: idade, sexo, higidez, massa corporal, localização da doença, proteção pessoal da criança durante certas medicações ou procedimentos necessários para colheita de material para exames, extensão da malignidade, e a medicação, associada ou não a outras drogas. A dosagem de medicação administrada durante o período de tratamento deve estar em consonância com cada tipo de neoplasia, pois a cada uma corresponde a um ou vários procedimentos terapêuticos invasivos.

Para o BRASIL (2011), entre os tratamentos médicos invasivos se encontram: a radioterapia, a quimioterapia ou as duas modalidades em conjunto e o transplante de medula óssea. A quimioterapia possui diversas finalidades: neoadjuvante, adjuvante ou profilática, curativa, para controle temporário de doença ou ainda pode ser aplicada de forma paliativa. A quimioterapia varia de acordo com o tratamento; a radioterapia é uma forma de tratar o câncer, contudo, não vem sendo indicada para tratar crianças e adolescentes devidos aos efeitos tardios manifestados em relação ao desenvolvimento orgânico. A radioterapia possui também diversas finalidades: curativa, paliativa, antálgica, pré-operatória. Embora seja um procedimento exclusivo do médico especialista, o tratamento deve estar inserido no contexto de uma abordagem mais ampla, uma equipe multidisciplinar: enfermeiros, psicólogos, todos trabalhando em sintonia.

Para Bielemann (2003), a criança estabelecerá relações com outros atores que entrarão em cena a partir do momento que seja iniciado o tratamento. Esse tratamento tripé composto pela criança,/família/ equipe de enfermagem, este último precisa perceber todo o movimento ao seu entorno e como profissional não está imune às emoções do outro, e de si mesmo, convivendo com próprias emoções, sentimentos, medos e angústia, como ser vivente.

2.3 Psico-oncologia: Câncer infantil e suas particularidades – do diagnóstico ao tratamento

O surgimento da Psico-oncologia, conforme Carvalho (2002), desponta por volta da década dos anos 70, trata-se do marco inicial desse ramo da Psicologia. A Associação Americana de Psicologia foi importante na inserção do profissional para atuar como psicólogo na saúde e isso se deu ao se criar a divisão de Psicologia da Saúde. A Psicologia estava voltada aos aspectos preventivos, promoção e manutenção da saúde; no Brasil entre a década de 1980-1990 foram realizados os primeiros encontros brasileiros de psico-oncologia, no qual nasceu a ideia da criação da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia.

A Psico-oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo: na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e a fase terminal da doença (CARVALHO, 2002).

Compreende-se que diante de uma doença grave como o câncer, o profissional deve estar habilitado para intervir com eficiência, segurança e rapidez, contudo, estes profissionais não podem adotar uma postura de indiferença diante do sofrimento de uma pessoa, uma postura de “calosidade profissional”.

Calosidade profissional é aquela postura onde o profissional da saúde, depois de anos de prática com o doente e a doença, adquire uma indiferença total para a dor do paciente, uma calosidade que o impede de ser tocado pelo sofrimento do paciente (CAMON, 2002).

Para Oliveira e Costa (2009), o câncer infantil se traduz como uma ameaça pessoal, doença grave que ameaça a vida da criança, requer um tratamento de longo tempo com a utilização de procedimentos invasivos e provocando sensações dolorosas, além destes procedimentos serem consecutivos, causando ansiedade e medo.

Conforme Carvalho e Costa (2009), realizado o diagnóstico e a criança encaminhada para tratamento é importante que a criança doente compreenda a situação em que se encontra e o processo pelo qual passará de acordo com a sua capacidade cognitiva e todo o processo pelo qual passará para minimizar os possíveis conflitos emocionais e reações diante da hospitalização.

Para Heck (2013) assegura que o câncer infantil pode se manifestar de várias formas no organismo humano e muito se busca uma explicação para o aparecimento das células malignas. Com relação à incidência desta doença sobre a criança, recorro ao que nos ensina

Castro (2010), que quando a doença incide em uma criança, a comoção é muito maior, haja vista que, esta representa o futuro e os pais têm a impressão de que o porvir foi abruptamente removido, os sonhos em relação ao desenvolvimento do filho sofrem interrupção. Consideram como uma inversão da ordem natural dos acontecimentos da vida, uma vez que suscitará nos familiares o medo de uma morte precoce.

De acordo com Camargo (2013) as neoplasias pediátricas recebem um estudo separado do câncer manifestado no adulto por se entender que as diferenças entre as duas manifestações dizem respeito ao local primário acometido na origem histológica e no comportamento clínico. A classificação do câncer pediátrico deve ser baseada na morfologia.

A tarefa de comunicar o diagnóstico ao paciente é um momento difícil, pois traz no seu bojo as emoções mais profundas que o ser humano na maioria das vezes procura evitar por ocasionar angústia, medo no paciente e nos familiares em relação às perspectivas futuras a cerca da reversibilidade ou a finitude irreversível.

No que se refere à morte, de acordo com Oliveira e Ismael (2004), a morte está presente na história de desenvolvimento do ser humano a partir da experiência de separação da figura materna, resultando numa vivência de aniquilamento e alienação, sendo revertida com a volta da mãe aos cuidados cotidianos. A criança passa a tentar compreender a morte, começando com a fantasia de que a morte é uma perda reversível. O cotidiano lhe traz um dos conhecimentos, mais dolorosos que a humanidade está submetida, o de que a morte é irreversível.

Não existe outra doença que cause tanto horror às pessoas quanto o câncer. Seus efeitos físicos, psicológicos e emocionais são devastadores, causando desorganização na vida dos que são diretamente atingidos por ele, seja para o próprio paciente, seja para a própria família. A notícia do diagnóstico pode produzir no indivíduo a manifestação de raiva, pena de si, sentimento de perda de controle em relação à vida, angústia e medo, seja medo da dor, da humilhação física e mutilação, de deixar a família, de abandonar os projetos de vida e de se tornar dependente das pessoas ou do tratamento. Existe ainda o medo de sofrer e de causar sofrimento àqueles que estão a sua volta e, principalmente, de morrer (CEOLIN, 2008).

Assim, a comunicação do diagnóstico afeta os membros familiares de formas diferentes, contudo é importante manter uma linha de comunicação acessível ao nível de entendimento de cada membro, principalmente quando o membro familiar for um irmão menor a fim de que não se possibilite fantasias ou tabus com relação à doença, respeitando os limites de cada um.

2.4 Unidade de Terapia Intensiva: ambiente de possibilidade de cura e 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 Intensivas contam com uma equipe de formação técnica em terapia intensiva, equipe multidisciplinar e multiprofissional, tecnologia diferenciada para dar suporte em situações de emergência e que, a UTI, além do espaço e da técnica esteja imbuída de humanização.

Para Morit (2012), o aspecto humano na UTI se reveste de condição impar diante daquele que sofre e se constrói a partir da interação com o paciente e a família identificando o sofrimento social, a necessidade de intervenção diante do paciente e da família deste, bem como a percepção de sofrimento da equipe que assiste e cuida desse paciente.

Conforme Santos e 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.

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 e Forte (2012), um canal aberto pode minimizar o sofrimento diante dos procedimentos realizados na UTI, respeitado o nível de compreensão da criança e sua orientação adequada no tempo e no espaço. A mensagem pode ser transmitida 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, verbal e não verbal.

Conforme as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN-240 (2000), 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.

2.5 Enfermeiros: 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 nos 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.

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.

Ainda de acordo com Straub (2014), 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 ou da vida.

Para Williams e 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, e 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. 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 da mesma. 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.

Conforme as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN-240 (2000), 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.

O papel do Enfermeiro conforme a BRASIL (2014) Resolução nº 0458/2014 do Conselho Federal de Enfermagem, define as atribuições do enfermeiro responsável técnico, segundo o artigo 28;

[...] 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 enfermeiro desenvolve uma atividade multidisciplinar no âmbito da enfermagem, isto é planeja, executa, organiza, assiste, administra medicação quimioterápica, e participa de programas de aprimoramento profissional.

O Código de Ética da Enfermagem – BRASIL, (2007) 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.

Compreende-se que o enfermeiro de UTI assume a responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência. 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.

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78 prescreve como princípio geral no inciso I que: “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

O artigo 3º estabelece os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- c) a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

O artigo 81 do Código de Enfermagem prescreve quando se refere aos valores humanos: o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação econômica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- b) Salvar e proteger os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso;

- c) Salvar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- d) Salvar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social;
- e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

O enfermeiro no espaço da UTI, além dos aspectos técnicos que deve observar, compõem a tríade paciente–enfermeiro-família e essa triangulação se faz necessária para se estabelecer laços de confiança entre eles. Sua conduta está pautada em regras e princípios éticos pertinentes ao cuidado para com o outro.

São os tempos de grande perigo em que aparecem os filósofos. Então, quando a roda rola com sempre mais rapidez, eles e a arte tomam o lugar dos mitos em extinção. Mas projetam-se muito à frente, pois só muito devagar a atenção dos contemporâneos para eles se volta.

Um povo consciente de seus perigos gera um gênio.

Nietzsche

2.6 Marco Teórico-Methodológico

2.6.1 A Fenomenologia

A fenomenologia é um termo que significa *phainomenon*, aquilo que se mostra a partir de si mesmo e *logos* quer dizer ciência ou estudo. Sendo assim, do ponto de vista etimológico, fenomenologia é o estudo ou ciência do fenômeno. Então podemos dizer que a fenomenologia pode ser entendida como uma ciência e tem por objetivo a descrição de fenômenos particulares da experiência vivida. Tal experiência é o ponto central da investigação fenomenológica e sua principal função é compreender os significados das vivências da consciência. (MOREIRA, 2004)

Segundo Forghieri (2011), o termo fenomenologia significa o estudo dos fenômenos, aquilo que se mostra à consciência, daquilo que é dado através do sentido do fenômeno que se revela e desvela, através das vivências do ser. A fenomenologia existencial se apresenta como uma ferramenta para que se possa conduzir a investigação do fenômeno humano, é uma possibilidade metodológica.

A gênese da Fenomenologia está associada a dois grandes pensadores: de um lado, Wilhelm Dilthey e, de outro, Franz Brentano. O primeiro, trazendo a diferença entre ciências naturais e ciências do espírito; e, o segundo, considerado o representante da psicologia descritiva, cuja grande contribuição foi pensar o essencial das manifestações anímicas em sua relação com o objetivo ao qual estão encaminhadas, a intencionalidade (HOLANDA, 2014).

Contudo, a Fenomenologia é um modelo do século XX, e o marco do nascimento desse modelo foi a publicação *Investigações Lógicas*, de Edmund Husserl, que propõe uma psicologia descritiva das vivências. Assim, a Fenomenologia surge como uma crítica na tentativa de por em crise o conhecimento vigente.

De acordo com Bruns (2011), a crítica às ciências humanas se deram em decorrência de se utilizar métodos exatos, objetivo, neutro e terem como dogma que a única forma de fazer ciência era o método experimental que validava a ciência para se alcançar a verdade. Neste momento, Husserl propõe a mudança através da apresentação da fenomenologia esse novo pensamento sugere a volta *às coisas mesmas*, ao mundo vivido, das experiências e da intencionalidade da consciência (DARTIGUES, 2008).

Nesse sentido, a volta às coisas mesmas é tratada como fenômeno e que pode ser considerada como o lugar, o marco inicial e que é a única coisa ao qual o indivíduo tem acesso e imediato e intuição originária (FORGHIERI, 2011).

A oposição de Brentano e Hurssel às ciências naturais provoca uma ruptura paradigmática ao defender através dos postulados fenomenológicos que a fenomenologia refere-se à intencionalidade da consciência. Os atos humanos são intencionais e a consciência é sempre consciência de alguma coisa e direcionada para um objeto, e que por sua vez o objeto é sempre relacionado a um sujeito e ambos estão correlacionados. Sendo a consciência uma subjetividade humana está direcionada a algo e com ele se relaciona. Só pela intencionalidade o homem atribui sentido à suas experiências, não se pode separar homem e mundo, ambos estão entrelaçados (CORREA, 1997; FORGHIERI, 2011).

A fenomenologia também possui o conceito de redução ou *epoché*, cujo significado é a suspender. Suspender o conhecimento apriorístico que se tenha para que se possa chegar e captar a essência do fenômeno. Nesse sentido é preciso suspender as crenças pessoais, preconceitos e teorias adquiridas (HOLANDA, 2014; FORGHIERI, 2011; MOREIRA, 2004).

Vale ressaltar que essa mudança de visão acerca da pesquisa nas ciências trazida pelo pensamento de Hurssel, entretanto a fenomenologia não ficou aprisionada nas suas descobertas. Novos teóricos contribuíram para a disseminação do pensamento fenomenológico, entre eles Heidegger com a Fenomenologia-Existencial na Alemanha entre os anos de 1889 a 1976 e outros dois teóricos na França: Sartre (1905-1980) e Merleau-Ponty (1908-1968) (CORREA, 1997).

Assim, é compreensível que a fenomenologia apresentou à Psicologia uma visão para além da teoria positivista que buscava compreender o homem de forma binomial, superando o psicologismo que reinava até então. A fenomenologia traz no seu bojo a ideia de que a compreensão do homem a partir de suas facticidades e transcendência e ser de possibilidades.

2.6.2 A Psicologia Fenomenológica

Os ideais trazidos por Franz Brentano e Hurssel com a Fenomenologia em contraponto à visão dogmática do positivismo, buscava uma nova forma de se compreender o homem. Nesse sentido, a Psicologia Fenomenológica vai investigar a experiência do mundo vivenciado pelo sujeito analisando os objetos trazidos à consciência e como ocorre a experiência desses fenômenos, quais sejam: **a vivência das situações**; a percepção de si e do outro; **o experienciar** da vida social e cultural pelo sujeito. A análise recai sobre a experiência imediata e de que forma os objetos se manifestam à consciência (GIORGI&SOUZA 2010).

O método fenomenológico busca compreender o mundo tal como se apresenta à consciência ou sujeito. O mundo fenomenológico é o lugar onde o sujeito atua, têm suas experiências. A proposta hursseliana foi partir do mundo vivido da pessoa.

De acordo com Valle (1997), Hurssel ao se referir ao mundo vivido, à remissão é ao mundo onde todas as experiências acontecem, e é anterior a qualquer reflexão e existe mesmo antes do nascer do homem. Para a Fenomenologia o homem constrói e é construído a partir de suas vivências. E nesse sentido, a Psicologia de base fenomenológica tem seu suporte na cotidianidade do sujeito. A vivência é própria das experiências humanas que lhes imprimem sentidos e a intensidade de alguma forma vem acompanhada de afetos agradáveis ou não. A vivência é uma experiência vivida de forma muito própria. A Fenomenologia busca entender as particularidades do modo de cada pessoa se colocar no mundo. Tais postulados ou especificidades são compreendidos como uma totalidade e se constituem nas características que sustentam a existência humana (FORGHIERI, 1993; FORGHIERI, 2011).

Embora a autora entenda que essas características dizem respeito a uma totalidade, faz-se necessário uma descrição em separado apenas para uma compreensão didática. São características basilares da existência do homem: ser-no-mundo, maneiras de existir, temporalizar, espacializar e escolher (FORGHIERI, 2014).

O *Ser-no-mundo* revela-se com uma estrutura fundamental do *Dasein*, traço inefável da existência do homem, e a construção da sua identidade implicada está nos fatos cotidianos que vivencia no mundo em que está imerso. Mesmo não se podendo decompô-lo, pois é totalidade, o mundo desse *ser-no-mundo* pode vislumbrado ser vislumbrado de vários ângulos. (HEIDEGGER, 2013; FORGHIERI, 2011).

O mundo do *ser-no-mundo* ou *ser-aí* é compreendido sob três aspectos: a) mundo circundante: construído pelas relações que o sujeito estabelece com o ambiente através da vivência de uma relação dialética, de adaptação e controle sobre esse mundo, habitando um mundo que atua, age sobre ele; b) mundo humano: esse diz respeito à relação que o sujeito estabelece com outras pessoas ou objetos e sofre influência mútua imprimindo significados e; c) mundo próprio: diz respeito à relação que a pessoa estabelece a partir das experiências com o mundo circundante e humano. (FORGHIERI, 2011; CASTRO, 2010).

Muito embora o homem se relacione com esses mundos de maneira indissociável esse modo de relação pode se dá de diversas formas, para Forghieri (2011) sob os seguintes aspectos: o modo preocupado, sintonizado e racional habitando um único ser, o *ser-no-mundo*. E, é nessa dinâmica, esse ir-e-vir transitando no mundo que o *Dasein* temporaliza. (FORGHIERI, 2011).

No que diz respeito ao ato de temporalizar, o ser humano o experiencia de forma muito particular e pode vivenciá-lo de modo lento ou intenso de acordo com os acontecimentos, e por mais que o homem procure controlar o tempo, o tempo não para e por outro lado, o homem tem que lidar com sua condição de finitude, temporalizar é *ser-para-a-morte* (FORGHIERI, 2014; HEIDEGGER, 2013).

O ser humano tem as experiências no tempo e sobre o qual não tem nenhum controle. A vivência é feita dentro de um espaço; tempo e espaço são contínuos, indissociáveis e o espacializar-se está relacionado como o sujeito vivencia o espaço de sua existência. A maneira escolhida pelo homem para estar no mundo o obriga a fazer escolhas. O ato de escolher implica em responsabilidades. A escolha causa angústia (FORGHIERI, 2011; CASTRO, 2010).

Para Heidegger (2013), o ser do Dasein consiste em sua relação com outros, desse modo, a analítica ou hermenêutica do Dasein não é uma questão de reflexão sobre os conteúdos de nossas mentes, mas de reflexão sobre a nossa relação com outros seres. Compreendemos a estrutura da realidade entendendo a nós mesmos; mas também compreendemos a nós mesmos captando a estrutura da realidade, ou seja, não existe uma dissociação entre eu e o outro, existe consonância, imbricação, possibilidade. Não há como separar nossas mentes de seu envolvimento com a realidade.

O homem enquanto *ser-no-mundo*, encontra-se situado num dado espaço, tempo, cultura e inserido nesse mundo, ele é lançado em um mundo já dado e se realiza nesse mundo que o circunda. É dessa forma um *ser-no-mundo*, sendo. (HEIDEGGER, 2013)

2.6.3 A pesquisa qualitativa e método fenomenológico

Nessa investigação foi adotada a pesquisa qualitativa, tendo como método o fenomenológico para se trabalhar o fenômeno a ser pesquisado e, com isso, afirmar a imprescindibilidade de tal recurso para abarcar a compreensão dos fenômenos vividos pelo sujeito.

A pesquisa qualitativa por se adequar perfeitamente ao estudo proposto, busca compreender o fenômeno interrogado. Tal pesquisa responde a questões muito peculiares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado do ponto de vista do pensamento positivista (MINAYO, 2008).

Os métodos qualitativos têm como enfoque a pesquisa e análise dos fenômenos humanos, como por exemplos as crenças, representações sociais, relação com o outro e consigo mesmo, elementos que constituem o ser humano (HOLANDA, 2006).

A opção pelo fenomenológico se deu por considerar que os fenômenos que se pretendia abarcar estavam permeados de intersubjetividades. De acordo com pensamento hursseliano a consciência é sempre consciência de algo e sempre está direcionada para alguma coisa. (GIORGI&SOUSA, 2010).

Em relação a esse método, algumas considerações são pertinentes ao estudo ora apresentado, pois tal método possui pontos determinantes que marcam a pesquisa: a) o retorno às coisas mesmas, b) a redução fenomenológica, c) intencionalidade. Num primeiro momento se faz necessário volta às coisas mesmas, à essência do fenômeno, desde que se faça suspensão dos valores e juízos apriorísticos, ou *epoché*, que a consciência do sujeito está sempre voltada para alguma coisa, é sempre uma consciência intencional (FORGHIERI, 2014).

Nesse sentido a intencionalidade para Hurssel é sempre intencional e sempre voltada para um objeto real ou não, de maneira que pensamento, anseios, vivencia estão sempre direcionados para algo, que toda consciência é intencional e atribui sentidos que podem ser apreendidos, e a suspensão dos juízos apriorísticos torna possível abarcar o fenômeno que se manifesta (GIORGI&SOUSA, 2010).

De acordo com Holanda (2006), o desvelamento do homem é a mola propulsora não apenas da construção do conhecimento científico e de suas aplicações, mas também como característica da Psicologia enquanto ciência, instrumento de contato e desvelamento da experiência humana, desvelar o fenômeno humano.

Conforme Forghieri (2014), esse tipo de pesquisa é constituído de um envolvimento existencial, o retorno do pesquisador à vivência e sua imersão na mesma e a *posteriori* o distanciamento reflexivo, isto é, refletir acerca da vivência e enunciação de seu significado para a pessoa que experiencia.

Entende-se que ao se lançar o olhar sobre o objeto a ser pesquisado em seu modo único, o uso da pesquisa qualitativa se torna o mais adequado para a realização desta investigação, por estar voltada para os fenômenos humanos, sendo inviável, portanto a pesquisa quantitativa.

Para os autores o percurso metodológico fenomenológico aplicado à Psicologia tem início com uma pergunta disparadora, a fim de obter as descrições da experiência do *mundo-vida* do sujeito. Na entrevista fenomenológica, o pesquisador deve estabelecer um espaço interrelacional, dialógico e de conversação de modo que o pesquisado descreva, clarifique suas experiências cotidianas. Dessa forma, as entrevistas devem ocorrer num ambiente empático e de acolhimento. A entrevista fenomenológica é distinta das entrevistas estruturadas e questionários fechados; visa, sobretudo, refletir um modo diferente de produzir conhecimento acerca das vivências humanas,

que promova um espaço de diálogo, empatia e clarifique os significados da vida comum dos sujeitos (GIORGI&SOUSA 2010).

O trabalho minucioso do pesquisador após a coleta de dados, de transcrever integralmente toda a entrevista de modo que nada venha a se perder ou ser alterado, passa-se a análise pelo método fenomenológico de investigação em Psicologia seguindo os passos conforme a seguir: estabelecimento do sentido geral, determinar as partes – divisão em unidades de significado, transformar as unidades de significado em expressões de caráter psicológico, determinar a estrutura geral de significados psicológicos. (GIORGI&SOUSA 2010).

O sentido geral é obtido a partir da transcrição e nesse momento o pesquisador apenas lê o material completo buscando uma compreensão geral da fala do sujeito, coloca-se numa atitude de redução fenomenológica e ao retornar à leitura do protocolo, o investigador passará às unidades de significado, aprofundando a análise para ser clarificado posteriormente e entrar na redução fenomenológica suprimindo qualquer conhecimento pré-existente acerca do fenômeno manifestado e a medida que suspende o juízo de valor se aproxima das unidades de significado para transformá-las em expressões de caráter psicológico que visam clarificar e mostrar o significado das expressões trazidas pelo sujeito e por fim, chegar às unidades de significado (GIORGI&SOUSA, 2010)

Assim, com a abordagem fenomenológica não se pretendeu esgotar a temática no presente tópico, considerando que cada teórico possui seu método próprio de trabalhar a fenomenologia, mas ressalta-se que os conceitos possuem um ponto em comum, o mundo-vida do sujeito, que é capaz de atribuir sentido ou sentidos às suas vivências. Logo o presente método é perfeito, adequado para se buscar a compreensão dos discursos de enfermeiros acerca dos Procedimentos invasivos à criança con-vivendo com câncer.

Para a realização deste estudo, primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Estudo e Pesquisa da Fundação Cecon/AM (Centro de controle de Oncologia do Amazonas e após a tramitação dentro da referida fundação, buscou-se a concordância do setor de enfermagem geral, obtida a permissão me apresentei à enfermeira coordenadora da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) pediátrica para falar acerca do projeto e obter o Termo de consentimento Livre e esclarecido das pessoas participantes. O mesmo foi lido e explicado a cada participante e dadas as informações pertinente ao processo de entrevista, orientações acerca da interrupção da investigação, necessidade de assistência, tudo conforme previsto no TCLE.

A minha inserção no campo de pesquisa ocorreu no mês maio de 2016 e encerrou-se no mesmo mês e ano corrente. Para participar deste estudo optei por enfermeiros que trabalhassem

com oncologia pediátrica em uma fundação da cidade de Manaus, que realizassem procedimentos invasivos próprios de enfermagem durante a sua jornada de trabalho.

Tendo em vista o número reduzido de sujeitos participantes em decorrência da própria escala de serviço e do número pequeno de leitos, o número estipulado inicialmente não foi alcançado por razões de foro íntimo de algumas participantes em não participarem da pesquisa. Os participantes ficaram reduzidos a 50% do público estimado. As participantes foram acompanhadas individualmente pela pesquisadora durante a entrevista no próprio ambiente de trabalho, não no espaço da Unidade de Terapia Intensiva, mas no posto de enfermagem, na copa e na brinquedoteca na ala da unidade no 9º (nono) andar.

As sessões foram obtidas durante o plantão das pesquisadas entre a realização de um procedimento ou outro, ainda durante a visita de parentes das crianças internadas.

A organização dos trabalhos de pesquisa teve início com a seleção do público, com dia e hora agendados previamente pela coordenadora da UTI, garantindo a todas as participantes o sigilo e anonimato em conformidade com o previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

Durante o desenrolar da investigação, no processo de entrevista, procurou-se dirigir o trabalho de forma livre, mas atenta para que não se perdesse o direcionamento da entrevista, tomando cuidado para não interrompê-las, cuidando para que pudessem falar de suas experiências, do seu cotidiano na enfermagem durante a realização de procedimentos invasivos, contudo, quando a pesquisadora percebia que a entrevistada, não estava conduzindo o discurso de acordo com o teor da pergunta disparadora, fez-se necessário intervir com novas perguntas acerca de certas manifestações de pensamentos que emergiam durante a entrevista.

Os discursos das participantes foram gravados a partir da pergunta disparadora: gostaria de saber de você como é para você realizar procedimentos invasivos a cada plantão em crianças internadas na UTI con-vivendo com câncer?

Objetivando seguir as normas éticas e resguardar a identidade das participantes escolhi nomes fictícios para as entrevistadas. Optei por nomes de pedras preciosas, pois além de trabalharem no universo da dor, da angústia do sofrimento infantil, assim como as pedras verdadeiramente preciosas, que levam anos e anos para se formarem na natureza, e depois serem descobertas e lapidadas até se tornarem uma joia preciosa, esses profissionais para forjarem seu fazer diante do outro também levam anos em busca do aprimoramento profissional.

Tal associação é pertinente por se tratar de uma profissão que é forjada ao longo do tempo através das lutas entre a vida e a morte, perdas e ganhos, sorrisos e lágrimas, sempre numa relação dialética. a primeira a conceder a entrevista recebeu o nome de Diamante, a segunda Rubi e a terceira Esmeralda. Ressalta-se que durante a gravação dos discursos, as participantes,

mencionaram de forma gestual que precisava ser rápida a entrevista devido o momento ser difícil, pois nas três entrevistas obtidas, havia crianças em estado gravíssimo, quadro instável, exigia observação contínua por parte das participantes. E durante a entrevista de cada participante houve momentos de muita emoção por parte de uma das pesquisadas.

Para a compreensão elaborou-se um quadro com o nome das participantes acima mencionados de forma a dar uma compreensão do que fora as entrevistas, bem como dos procedimentos que mais as incomodavam.

Fonte de dados: pesquisa de campo

Nome	Sexo	Tempo de formação	Tempo na UTI oncol. Ped.	Procedimentos
Diamante	F	25 anos	4 anos	Feitos na hora da morte
Rubi	F	35 anos	Mais de 4 anos	Entubação e punções venosas
Esmeralda	F	Não informado	1 ano	Curativos em feridas profundas

A Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON – tem como missão de formular e executar a política Estadual de Combate ao Câncer, a FCECON tem por objetivos promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer através da prestação de assistência médico-social especializada de efetiva capacidade resolutiva a pacientes, bem como o ensino e a pesquisa no campo da Oncologia.

A pesquisadora adotou alguns passos necessários para iniciar o trabalho no campo de pesquisa:

a) adotou uma postura de acolhimento apresentando-se, falando a respeito da pesquisa, informando às entrevistadas o que era esperado delas em matéria de contribuição através de uma conversa amena e serena;

b) passou-se a seguir à questão norteadora para que fosse possível adentrar no mundo vivido da entrevistada com base na proposta do projeto e à medida que a entrevistada expunha suas experiências, algumas intervenções foram necessárias para conduzir esclarecer alguma colocação ou palavra técnica, alguma manifestação de afeto durante o depoimento das participantes.

Para a construção e compreensão dos resultados, os relatos das participantes foram analisados à luz dos preceitos teóricos da Fenomenologia Existencial, utilizando-se as teorias de Giorgi & Sousa (2010).

A transcrição das entrevistas de forma íntegra das descrições dos sujeitos para que se apreenda o sentido geral lendo calmamente a transcrição completa da entrevista, colocando-se em atitude de redução fenomenológica, busca apenas uma compreensão geral das descrições realizadas pelo sujeito participante. Obter um sentido da experiência na sua globalidade.

Releitura das entrevistas com intuito de dividi-lo em unidades de significados para uma análise mais aprofundada dentro da perspectiva da pesquisadora. Procedimento descritivo considera significados importantes para o tema de estudo que estão concentrados naquela unidade.

Encontrada as unidades de significado passa-se às transformações dessas unidades em insights ou expressões de caráter psicológico, nesse momento o objetivo é desvelar o fenômeno, o sentido psicológico vivido pelos participantes em relação ao objeto de estudo.

Após encerramento da análise dos conjuntos de unidades de significado, expressas na linguagem do sujeito, transformada em linguagem psicológica e articuladas em relação ao objeto de estudo, passa ao uso da variação livre transformando as unidades de significado em estrutura geral de significados. Buscou-se convergir as unidades de significado em afirmação acerca da experiência dos participantes para que se pudesse constituir as categorias temáticas que expressam o que sentem, vivenciam os sujeitos participantes deste estudo sobre suas experiências.

Justificadas a escolha do método fenomenológico, algumas considerações são pertinentes ao estudo ora apresentado, pois tal método possui pontos determinantes que marcam a pesquisa: a) o retorno às coisas mesmas, b) a redução fenomenológica, c) intencionalidade. Num primeiro momento se faz necessário voltar às coisas mesmas, à essência do fenômeno, desde que se faça a suspensão dos valores e juízos apriorísticos, ou *epoché*, que a consciência do sujeito está sempre voltada para alguma coisa, é sempre uma consciência intencional. (FORGHIERI, 2004). Nesse sentido a intencionalidade para Husserl é sempre intencional e sempre voltada para um objeto real ou não, de maneira que pensamento, anseios, vivencia estão sempre direcionados para algo, que toda consciência é intencional e atribui sentidos que podem ser apreendidos, e a suspensão dos juízos apriorísticos torna possível abarcar o fenômeno que se manifesta (GIORGI & SOUSA, 2010).

Assim, as vivências dos procedimentos invasivos numa UTI são aspectos que podem ser abarcados ou alcançados pela fenomenologia.

2.6.3.1 O público

Nesse trabalho o público escolhido são enfermeiras que trabalham em plantão de 12 horas na fundação CECOM/AM. O número da amostra seria seis participantes. Neste tipo de metodologia não se busca resultados para a população e nem se pode mensurar traços subjetivos e suas peculiaridades, pois a realidade e o participante são indissociáveis. Com

isso, o número de participantes geralmente é pequeno. A pesquisa qualitativa não exige número elevado de participantes e sim um aprofundamento na representatividade de um determinado grupo social.

A pesquisa qualitativa não está vinculada a números, a entrevista é aberta, o que possibilita uma investigação mais criteriosa, mais direcionada pois o direcionamento da pesquisa qualitativa está na fala do sujeito.

Haverá um caminho que conduza do tempo originário para o sentido do ser? Será que o próprio tempo se revela como horizonte do ser?

Martin Heidegger (O Ser e o Tempo, Parte II)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na trajetória metodológica está descrito que após a análise individual as transcrições levariam ao aprofundamento na vivência dos sujeitos pesquisados e resultaria na identificação das unidades de significado e daí, a elaboração de categorias de análise, conforme pressupõe o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia.

Assim, foram identificadas três (3) categorias constituídas subcategorias apresentadas a seguir:

4. CATEGORIAS DE ANÁLISE

Categoria I: O ser-no mundo sendo-enfermeiro e a importância da técnica

- O sentido atribuído à técnica
- O Discurso e a vivência dos procedimentos invasivos
- O investimento na vida, o investimento no outro
- O procedimento terapêutico visa sempre o bem-estar da criança

Categoria II: Ser-no-mundo: o outro me afeta

- Ser-com-outro no sofrimento
- E o emocional se mostra
- O sentir como se fosse um filho.
- Óbito: momento de extrema angústia
- Mesmo na dor a criança é colaborativa
- O câncer no outro e em mim, mas não é o fim de tudo

Categoria III: Ser-no-mundo e a ligação com o divino

- A busca do conforto através da oração.
- Ser-no-mundo: escolhido por Deus

4.1 Categoria I: O ser-no mundo enfermeiro e a importância da técnica

Os procedimentos terapêuticos invasivos realizados no corpo da criança são jornadas ímpares para cada enfermeira, e sempre têm início quer seja a cada novo paciente internado quer seja egresso. A jornada realizada no corpo desses pacientes se faz diante da premente necessidade.

Percebe-se nos discursos a preocupação com o bem-estar da criança, mesmo diante da invasividade do que está sendo realizado.

4.1.1 O sentido atribuído à técnica

Através dos relatos dos participantes da pesquisa percebe-se a importância da técnica como uma vivência normal, tranquila, segura e de assepsia diante da realização dos procedimentos de enfermagem.

[...] tecnicamente falando não há nenhuma dificuldade. (Diamante)

[...] todo enfermeiro, em princípio, tem o procedimento da assepsia a fazer o procedimento técnico como está prescrito para diminuir o risco de infecção. (Rubi)

[...] Os procedimentos em si são tranquilos. [...]. (Esmeralda)

As primeiras manifestações acerca dos procedimentos invasivos estão relacionadas ao cumprimento de normas técnicas. Embora afirmem a importância da técnica como procedimento tranquilo durante a realização dos procedimentos, é possível perceber que existe afetividade diante dos procedimentos realizados.

[...] eu sei que eu faço o que é para o bem do paciente mesmo embora eu saiba que são pacientes que sofrem muito porque são muitos procedimentos (Esmeralda).

[...] a gente não faz só o procedimento, a gente não mexe só com coisas inertes, né? São pessoas que sentem (Rubi).

Contudo, a vivência dos procedimentos realizados pelas enfermeiras vai se manifestando circundada por afetos como ansiedade e angústia durante a realização dos procedimentos, por entenderem que os procedimentos são dolorosos e causam dor nos pacientes e ao mesmo tempo as remete à inexorável condição de mães, como se extrai de algumas falas.

[...] por mais que seja uma rotina, sempre vai ter um elemento psicológico, elemento emocional, eu principalmente, não consigo friamente fazer um procedimento invasivo, eu sinto como se fosse num filho, em alguém da família. (Rubi).

[...] porque eu sou mãe, isso reflete no meu equilíbrio emocional? Sim, eu sou humana e, sobretudo, eu sou mãe (Diamante).

Assim, inicialmente, a fala seguramente técnica aos poucos vai esvanecendo para uma linguagem de pertencimento do que o outro vivencia.

4.1.2 O discurso e a vivência procedimentos invasivos (vou manter)

A fala técnica vem impregnada de preocupação com o bem-estar dos infantes ao manifestar a importância dos procedimentos a serem realizados. Dessa forma, uma das participantes revela o cuidado diante da dicotomia que vivencia quando da realização de procedimento invasivo, a saber: de um lado propiciar a melhora no quadro de saúde; por outro lado, provocar dor e sofrimento.

[...] a gente não faz só o procedimento, a gente não mexe só com coisas inertes, né? São pessoas que sentem [...] pra mim significa que eu estou tentando fazer um bem, mas também estou causando dor na criança, entendeu? (Rubi).

Outro aspecto destacado na fala da entrevistada é o aspecto emocional caracterizando a dimensão que os procedimentos realizados implicam na dimensão de cuidar de outrem. Não se trata apenas da técnica, mas os afetos envolvidos de que o ser humano por mais debilitado que se encontre, não é uma coisa, um objeto.

4.1.3 O investimento na vida, o investimento no outro (manter)

Caracterizadamente, estar internado em uma UTI significa quadro de saúde grave, mas com possibilidade de vida. As diversas medicações prescritas buscam aliviar a dor, o sofrimento e possibilitar ao infante sair do quadro em que se encontra. Realizar o procedimento, não é apenas o ato em si mesmo, mas em procurar “dar o melhor”, como revela Diamante no excerto de discurso abaixo:

[...] no momento em que nós estamos aplicando os quimioterápicos, não só, mas todas as medicações a gente procura dar o melhor. [...] mas se ele está ali naquele momento, ele tem toda a parte hemodinâmica é pulso, temperatura, respiração,

perfusão, se ele tiver uma sobrevida, a gente investe, nossa a gente investe mesmo, haja o que houver (Diamante).

Tal responsabilidade demanda investimento de esforços que nem sempre vão dar o retorno esperado. Esta incerteza, entretanto, não desvia a trajetória para o objetivo inicial: assegurar que o paciente receba o tratamento necessário e saia do risco iminente de morte, ou que não chegue a corrê-lo.

O que chama a atenção para essa fala é o fato da preocupação em torno desse outro, do propósito vivenciado através da administração do medicamento. Um cuidado que vai além de quaisquer normas técnicas, mas o investimento na vida, um investimento, independentemente de quaisquer circunstâncias que possam estar aí presentes nesse outro.

Fica claro que a dor causada em meio à vontade de fazer um benefício torna-se um dilema ao profissional incumbido de intervir para a melhora da criança e possível remissão do câncer.

4.1.4 O procedimento terapêutico visa sempre ao bem-estar da criança.

O papel assumido pelas entrevistadas é o de colocar-se no lugar do outro que sofre e a percepção de que mesmo diante da dor, o objetivo é a qualidade de vida. Inicialmente, a fala seguramente técnica aos poucos vai esvanecendo para uma linguagem de pertencimento do que o outro vivencia. Fazer todos os procedimentos prescritos visando ao bem-estar do paciente não garante que a criança fique curada.

[...] eu sei que eu faço o que é para o bem do paciente mesmo embora eu saiba que são pacientes que sofrem muito porque são muitos procedimentos a gente visa sempre o melhor deles é para buscar conforto, tratamento, diminuição de dor alguma coisa, assim, do tipo, pois todo procedimento doloroso é ruim pra gente porque a gente tá vendo o paciente sofrer [...](Esmeralda).

Uma vez mais o olhar de cuidado para com este outro, presentifica. A compreensão de que, embora os procedimentos causem dor é para o bem-estar desse outro. E, esse cuidar se torna intenso ao perceber que o cuidado que irão realizar provocará dor na criança. Reconhecer a necessidade de ajuda ou suporte durante um procedimento não é sinônimo de incompetência técnica, mas algo oportuno para o bom andamento do trabalho e diminuição do sofrimento já instaurado mediante a presença da doença.

4.2 Categoria II: Ser-no-mundo: o outro me afeta

Afeto. Afetividade. O trabalho cotidiano das participantes realizado na criança acometida de câncer está impregnado de afetos expressos diante desse outro em sofrimento. Os discursos trazem conteúdos relacionados à busca de confiança e ser verdadeira junto ao paciente; é perceber o quanto a situação da criança a afeta emocionalmente; o óbito sendo vivenciado enquanto uma perda imensurável; vivenciar a colaboração da criança mesmo diante da dor; é redimensionar o olhar sobre o sofrimento do outro quando um familiar é diagnosticado com câncer.

4.2.1 Ser-com-outro no sofrimento

As entrevistadas mencionaram que se sentiam afetadas ao realizarem quaisquer procedimentos prescritos, muito embora, no início tenham negado sentir-se afetadas e que havia tranquilidade e segurança durante a realização dos mesmos.

Uma das entrevistadas considera que é importante que a enfermeira ganhe a confiança da criança, mas que não pode haver mentiras e que é preciso explicar para a criança tudo que vai acontecer e que tudo vai ser feito da melhor maneira possível para que a criança não sinta tanta dor.

[...] por isso sempre falo que vai doer, mas que vou fazer da maneira mais adequada para que ela sinta menos dor e trato sempre de ganhar a confiança das crianças, é uma das maneiras que eu tento fazer né, não é somente a parte do procedimento, de assepsia, não é só a parte profissional, mas a parte emocional (Rubi).

Em outro momento Rubi menciona não gosta da intubação, que é um procedimento médico, por considerar que nesse momento a criança corre risco e que precisa manter a frieza.

[...] a intubação me causa ansiedade, mas nesse momento é diferente dos procedimentos invasivos, a intubação é um procedimento médico, a intubação me deixa ansiosa, porque a vida da criança corre risco nesse momento, aqui nesse momento se fica mais concentrada, fria porque corre risco (Rubi).

Nesse sentido os relatos de Diamante dão conta de que os procedimentos invasivos no corpo debilitado do paciente causam impactos tanto no paciente, como na mãe dessa criança e em si mesma.

[...] o que nos afeta é a questão emocional de ver aquela criança debilitada, construir ali aquele binômio, você profissional X paciente, muitas vezes a gente se põe no lugar daquela mãe, isso para os pais é complicado, e para nós de certa forma também. O paciente ele é um conjunto, ele é corpo, ele é alma, ele é espírito.

Quando ele tem um corpo debilitado isso vai refletir na sua alma e se vai refletir e se vai refletir na sua alma, vai refletir na sua autoestima e isso vai refletir em nós também [...] Eu sempre digo que poderia ser um filho nosso aqui nesse leito (Diamante).

A realização desses procedimentos move as entrevistadas no sentido de atribuir as preocupações para além do paciente, mas sempre voltada para alguém muito próximo. Esmeralda redimensiona o olhar da figura do paciente para de alguém próximo.

[...] mas é uma coisa que a gente jamais queria para nossa família, alguém próximo, pra você a gente tem sempre que se colocar no lugar. (Esmeralda).

As entrevistadas dão conta de que os procedimentos realizados, mesmo sendo necessários é algo indesejado para si ou algum familiar e, que, portanto, há a necessidade de se colocar no lugar do outro.

A preocupação em aliviar a dor da pessoa atendida (seja ao realizar uma coleta de sangue ou aplicando analgésico mais eficaz) emergiu nos relatos das participantes. Em grande parte, conforme apontado anteriormente por tentarem se colocar no lugar das crianças e de suas famílias, e com isso tentando minimizar o sofrimento, incluindo o das próprias enfermeiras.

Assim, o cuidado com o outro está imerso no próprio bem-estar; na melhoria da autoestima e da autoconfiança; enfim, no zelo consigo mesmo enquanto ser-no-mundo e sua afirmação enquanto ser-com-outro-no-mundo.

4.2.2 E o emocional se mostra

A dimensão afetiva, o afeto direcionado ao infante é algo que perpassa a vivência da técnica e da normatização. A norma, coisifica. Contudo, percebe-se no discurso de Rubi, o quanto a emoção se faz presente, no sentido de compreender esse outro que chega até ela em uma dimensão humana e de acolhimento, sofrendo, inclusive diante do quadro pelo que está passando a criança.

Diante da dor e do sofrimento não há como se mostrar autenticamente apático. Assim, a afetação se mostra presente em cada tristeza, em cada desapontamento; ou sentir-se peça importante para o progresso apresentado pela criança.

[...] mas quando você chega no outro dia que você vê aquela criança comendo, você vê que aquela tua intervenção foi importante (Diamante).

A dor do outro é também a dor expressa na dimensão de acompanhar crianças na UTI. Assim, a tristeza do quadro da criança sob seus cuidados à angústia de tentar se colocar no lugar do outro, e encontrar alívio quando encontra com o filho.

[...] ontem levei um choque quando vi ela entubada [...] eu até agora quando pego uma criança eu choro, e hoje eu estou com muita pena dessa criança (aponta pra UTI) estou assim triste, estou triste porque corre risco de vida, né, por uma parte a gente diz que ela pode ir, mas outra parte diz não vai mais sofrer, mas sofre (Rubi).

[...] A mãe quando ela chora, choro junto, choro, por que eu tenho que não chorar? E onde está a minha sensibilidade como ser humano [...] e você chega em casa e ver teu filho correndo, brincando e tu tá reclamando porque ele tá pulando, então felicidade hoje pra mim, é uma concepção totalmente diferente do que eu tinha a 4 anos atrás, eu choro nesse lugar, eu me alegro com as mães (Diamante).

Assim, relatam momentos marcantes em suas vivências que as fazem entrar em contato com elas mesmas e com suas “vidas pessoais” tendo em vista que não há como cindir o ser-profissional, do ser-mãe, do ser-cuidador. Tal indissociação permite o apropriar-se do outro, de modo a afetar-se pelo ser-do-ente.

Ser-no-mundo, ser-mãe, ser-enfermeira se aproximam e se distanciam e se relacionam pela linguagem, e como o ser-no-mundo se aproxima e se relaciona com o outro. O ocupar-se de alguém na cotidianidade se estabelece na relação com o outro através dos procedimentos terapêuticos invasivos na criança con-vivendo com câncer. A linguagem estabelecida está implicada na relação binomial ser-(em)-enfermeira-ser-mãe.

Torna-se possível, então a aproximação com o outro e, por sua vez é pertinente ao cuidado - em seu sentido primordial de atenção, cautela e preocupação o qual depende energia física e emocional. A partir desse (re) encontro, muitas ressignificações acontecem, colaborando para o processo de vir-a-ser destes seres-com-os-outros-no-mundo.

Todo o cenário que envolve o inclinar-se ao cuidado de outrem vai além da prática em si. Cuidado só é cuidado quando desfruta do elemento emocional (conforme destacou Rubi), Cuidado só se faz cuidado quando está em meio ao campo relacional e tudo que nele está implicado.

[...] então a gente acompanha tanto aquele paciente então às vezes na hora do óbito, você imagina então que essa criança não vai sofrer só que para a mãe não é isso, a mãe quer a criança viva de qualquer jeito. Quando chega a mãe é a parte mais difícil dar a notícia e a mãe chora e você se coloca no lugar, poxa a mãe perdeu o filho, não é fácil, embora você saiba foi o melhor para a criança na verdade, mas eu não vou falar isso pra mãe, pra ela não foi o melhor (Esmeralda).

O ato de comunicar para a mãe que seu filho foi a óbito, reverbera o emocional. É premente ir além da notificação – de que diante do quadro fora melhor para a criança, por exemplo. Se pensar a perda imensurável para essa mulher.

A inércia dos objetos indispensáveis aos procedimentos não é suficiente para que os profissionais não se movam em busca de garantir respeito e proporcionar alívio ao desconforto causado pelos procedimentos invasivos.

[...] a gente não faz só o procedimento, a gente não mexe só com coisas inertes, né? São pessoas que sentem (Rubi).

Ao mesmo tempo, o colocar-se no lugar da família (a exemplo de um filho) faz refletir o “calor humano” em detrimento da frieza que o adotar medidas invasivas significa. Assim, o sentido de perda atribuído é a da perda de alguém pertencente a si: da qual e para qual se dedica.

4.2.3 Óbito: momento de extrema angústia

A enfermagem é a área da saúde cuja proximidade com os pacientes é imensurável. Este estar próximo também significa acompanhar em momentos díspares da trajetória desse outro no ambiente da UTI, a saber: a chegada ao local e o momento de saída, seja esta por cura, seja por morte.

Diamante revela em sua experiência como enfermeira o quanto é angustiante ver esse outro morrer; o desespero por essa criança tentar respirar e não conseguir; menciona que esse momento é chocante.

A morte é um momento no qual as pessoas se dão conta da finitude, da impossibilidade, é um momento de angústia e reflexão que leva ao sofrimento. Esse fator para as pessoas que convivem com crianças acometidas por diversos tipos de câncer é ainda mais verdadeiro, pois a proximidade com a morte é ainda mais evidente.

Assim, o dar-se conta da (in)finitude é algo que por si só gera angústia. Essa consciência é possível primeiramente pela (in)finitude do outro que mostra o quão vulneráveis e frágeis estamos diante do/no mundo; por outro lado revela a (in) capacidade diante do óbito.

A passagem da vida para a morte (conforme apontado na fala de Diamante) é considerada chocante e em certos momentos fazer alguma concessão permite que elas sigam na profissão escolhida.

[...] é o feito no momento do óbito, no momento em que estão fazendo a passagem, estão morrendo. A passagem da vida para a morte é muito chocante, é quando eles estão *gaspeando* né [...] tenta respirar e não consegue, é como se dissesse não dá mais pra lutar pela vida a passagem da vida para a morte. É muito chocante [...] nesse leito um dia que eu estava saindo, nunca vou esquecer aquela cena, estava saindo 1h uma criança no leito tava com leucemia e tinha 5 anos de idade, 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 [...] (Diamante).

A experiência com o paciente oncológico é bastante difícil, haja vista que, é uma doença que, apesar de tanto desenvolvimento medicamentoso, ainda se perde muito. E, essas perdas, ficam gravadas na vida dessas mulheres. Diamante revela que o sofrimento é impactante, imensurável, terminando por essa criança vir a óbito.

O difícil de trabalhar com criança oncológica é isso, a gente perde muito paciente, então você vê que nada, nada, nada, a criança sofre muito e no final acaba falecendo [...] (Esmeralda).

E a angústia é expressa nos questionamentos diante do óbito de uma criança. Um questionamento que pode parecer paradoxal. Se por um lado, Esmeralda ao perceber a mãe que acabou de perder o filho chorando, chora junto e se questiona sobre por que não fazê-lo; por outro lado, se surpreende em ter permanecido continente, firme junto à outra mãe que também passara pela mesma facticidade.

Na fala das entrevistadas percebe-se que diante da perda de pacientes buscam controlar o emocional para que as mães não percebam que elas também sofrem. Ao mesmo tempo elas acabam perdendo o chão, em busca de afastar-se de sua própria incapacidade de estar diante da (in) finitude.

4.2.4 Mesmo na dor a criança é colaborativa

Esta subcategoria indica o quanto a relação enfermeira/paciente atingem parâmetros inimagináveis. Mesmo diante de procedimentos considerados como causadores de muita dor, por exemplo, a dificuldade de acesso para que o medicamento possa ser administrado, uma vivência se impõe: a colaboração da criança.

Rubi fica emocionada ao relatar ser carinhosamente chamada de “tia” pela criança que a autoriza realizar o procedimento, mesmo sofrendo, mesmo sendo bastante doloroso, a criança compreende que é preciso tomar a medicação, que ela [Rubi] pode fazê-lo.

[...] essa criança agora ela perdeu o acesso (criança internada na UTI no dia da entrevista), está difícil 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 (Rubi).

Percebe-se, ainda, a dimensão para a profissional no sentido de compreender a dimensão da dor e do sofrer dessa criança, da confiança nela enquanto profissional e, principalmente no que concerne ao entendimento que ali, naquele momento, está sendo realizado um trabalho em conjunto.

4.2.5 O câncer no outro e em mim, mas não é o fim de tudo.

Vivenciar a questão laboral em uma instituição que trata de pacientes oncológicos é sobremaneira pleno de paradoxos. Se por um lado, o estigma do câncer e a grande quantidade de perdas que se tem para essa doença, torna-se algo angustiante; por outro lado, a expressão de alegria por um procedimento ter sido realizado e que resultará em qualidade de vida dessa criança, também é vivenciada.

O dia a dia das entrevistadas é marcado pela rotina dos procedimentos que realizam nos seus pacientes, mas difícil é acreditar que esses procedimentos serão vivenciados de forma pessoal em seu próprio corpo.

[...] puxa vida! Quando você pega um diagnóstico de Sarcoma de *Hodging*, puxa vida, nós fizemos a quimioterapia, fizemos a tomografia e não tem metástase, poxa fico super feliz! A gente sabe que aquilo pode ser resolvido. Isso me traz alegria por mais agressivo que o procedimento seja, mas eu sei que aquilo vai me trazer uma resposta na qualidade de vida daquele paciente [...] quando ele vai pra casa a gente se alegra, ainda que seja por 1 mês. [...] difícil acreditar, foi quando eu descobri que a minha mãe teve câncer de tireoide e 3 anos depois eu descobri um nódulo na tireoide também. Puxa vida! Eu vou para o hospital do câncer e vim trabalhar aqui [...] penso que tenho que encarar, acompanhar uma abertura, um esvaziamento ganglionar do câncer, que todos sabemos que de tem que acompanhar para o resto da vida, a metástase para o cérebro, pra coluna nessa área toda né, pra medula, pra mama. Agora assim o bom de tudo, a boa notícia, o câncer de tireoide é 90% tratável, você tem como acompanhar (Diamante).

Diamante ressalta como foi passar de cuidadora a ser cuidada. Primeiro, sua mãe foi diagnosticada com um tumor na tireoide, em seguida foi ela. Esta participante nos traz um processo de resignificação – trabalhar em um hospital do câncer significa saber o que está passando e ao mesmo tempo saber onde isso vai dar. Para ela, torna-se premente ir além do diagnóstico, é necessário que se tenha abertura para o enfrentamento, é necessário ir além do que está posto.

A preocupação em estar no lugar do outro literalmente se mostra real quando essa ameaça não é apenas no outro, mas vivenciada por uma das entrevistadas. O ser-do-ente tem agora que se preocupar mais intensamente consigo e com a própria sobrevivência.

A mudança tira do local confortável e seguro, causa abalos sísmicos no seu mundo habitável, obriga o ser a realocar-se em outro espaço frente às facticidades, como a descoberta do câncer na tireoide; o que possibilita um deslocamento deste ser-no-mundo para transformação, para um novo mundo a ser vivido.

4.3 Categoria III: O ser-no-mundo e a ligação com o divino

Uma das manifestações do humano que se fizeram presentes nos discursos das participantes foi ao que concerne à questão da religiosidade. Assim, encontra-se em suas falas referência a fé e a crença no sagrado.

4.3.1 A busca do conforto através da oração

Um dos elementos basilares em todos os segmentos religiosos diz respeito ao processo de retornar, voltar a Deus suas súplicas, seus louvores, seus agradecimentos, elementos fundamentais do que se conhece como oração.

Dessa forma, a oração é professada como forma de conforto, de alento para com os pacientes, no sentido de que compreendam que é para que possam melhorar seu estado clínico.

O dia a dia das participantes é marcado por momentos de fé e crença no sagrado, necessários para um suporte em circunstâncias as quais se está tão desnordeado que não se sabe onde ou em que buscar um conforto, seja para si, ou para outrem.

A oração é o momento de suma importância para as crianças em que a fé é compartilhada e professada como forma de amenizar o sofrimento, para além dos resultados dos procedimentos técnicos.

[...] em crianças que são grandes, pré-adolescentes, pedem para orar junto com eles, rezar, acho também que é uma forma de eles também estarem buscando uma aceitação, um conforto. Aquelas que entendem a gente sempre conversa que é pra você melhorar (Esmeralda).

O ato de rezar com os pacientes e, dessa forma, conseguir produzir uma espécie de alívio para aqueles corações, de conforto, faz com que Esmeralda redimensione seu papel

junto aos infantes: consegue perceber que esse momento a sós com eles vai além do papel eminentemente técnico que desenvolve, envolve o humano e sua capacidade de doar-se.

A iniciativa em tornar concreta a ligação com o divino demonstra um elo formado entre cuidador-cuidado como codependentes em suas cotidianidades que têm em comum angústia medo, dor, sofrimento e a morte propriamente dita; também esperança, superação da doença, aceitação e alívio.

De outro modo a postura de Diamante diante das várias situações pelas quais tem passado enquanto profissional de enfermagem desenvolvendo atividades na UTI, tem levado profissionais a reconhecer a importância de sua participação nessa instância hospitalar. Vai além da capacidade técnica. É diretamente proporcional a seu modo-de-ser junto ao outro que sofre, que passa por procedimentos invasivos, que está ali em situação de vulnerabilidade tal que um olhar onde o cuidado é expresso verdadeiramente, possibilita minimizar a situação pela qual estão passando.

[...] eu sei que eu venho pra cá não só pra cumprir um papel iminentemente técnico, trazer uma palavra de conforto [...] na semana passada a Dra. Fulana de tal me dizia: enfermeira hoje eu entendo porque tu estás aqui, tu não foste escolhida pela tua capacidade técnica, tu fostes escolhida por Deus, hoje acredito que foi muito mais por Deus, que pela capacidade técnica [...] eu me acho uma pessoa importante nesse quesito, não sou melhor, sou vulnerável, erro muito, tem muitas falhas, mas percebo a cada dia, que Deus tem me dado o melhor, e é isso (Diamante).

O cotidiano das Enfermeiras está permeado por afetos de pertencimento dos papéis que desempenham, se permitem estar junto aos pacientes além das disposições e regras protocolares da UTI, se permitem ser apenas um ser cuidando de outro ser, ofertando o que é possível.

5 SÍNTESE COMPREENSIVA

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 experimentar cuidar de crianças con-vivendo com câncer.

Nas falas iniciais das entrevistadas acerca das vivências dos procedimentos, as procuram demonstrar a importância da técnica tanto em nível de higiene e segurança visando à segurança do paciente e assim evitar que corra riscos como adquirir infecção hospitalar, bem como a necessidade de propiciar-lhes melhor qualidade de vida. Mas, ao se aprofundar os questionamentos sobre os procedimentos terapêuticos que 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, porém para aliviar a 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 assistência 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 há sempre im-previsibilidade a cada plantão de receber um “pacote” (óbito do paciente).

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 onde 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 dependo 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 e vulneráveis, iguais às 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?

6 ANÁLISE COMPREENSIVA A PARTIR DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO – EXISTENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER

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 con-vivendo 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 con-vivendo 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, ec-sistir na acepção do termo. Ora, diante disso pode-se afirmar, a partir da leitura do autor que a *pre-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 a partir do aspecto relacional entre ser-que-cuida e ser-de-cuidado.

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

[...] meu objetivo de fazer qualquer procedimento é que eu faça a minha criança melhorar o estado dela, seja físico, psicológico, qualquer procedimento que tente fazer, porque eu acho assim, que o pessoal da enfermagem nunca vai se adaptar a coisas, por mais que seja uma rotina, sempre vai ter um elemento psicológico, elemento emocional, eu principalmente, não consigo friamente fazer um procedimento invasivo, eu sinto como se fosse num filho, em alguém da família. (Rubi)

O Ser aí se desvela nessa relação com o mundo. Para Heidegger (2013), Dasein e mundo existem num copertencimento, 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? (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 do ser-aí 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 ligados 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).

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 difícilíssimo 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 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 são importantes 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, fatidicamente (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.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao eleger referida temática optei 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, creio 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.

A partir da Compreensão advinda da categorização dos resultados, bem como da Síntese e Análise Compreensiva é possível destacar aspectos importantes para/no fazer dos profissionais de Saúde que atuam no âmbito da oncologia pediátrica.

Um deles diz respeito à 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 a intercambiar os papéis sociais desempenhados pelas pesquisadas, 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 supraespecial e como os procedimentos atuam sobre a vida de cada uma delas.

Além disso, as enfermeiras precisam lidar com a técnica propriamente dita para poder promover a terapia necessária e adequada a cada paciente independentemente de ser agressiva ou não para o paciente, contudo respeitando seus limites pessoais diante do paciente e precisam lidar com a dor, a ansiedade e o medo da morte do paciente, considerando que o câncer não possui necessariamente uma certeza de cura definitiva sendo mais certo lidar com a sua imprevisibilidade e a rotina vivida na UTI permite vivenciar a morte no seu sentido real e tais circunstâncias, afetam não apenas os pacientes, mas as próprias enfermeiras quando mostram ansiedades diante de certos procedimentos no cuidado com o infante ou adolescente.

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. As enfermeiras sentem a necessidade de apoio multidisciplinar 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 a dor e o sofrimento, bem como os momentos de alegria de modo positivo.

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.

Ademais, isso só demonstra que cuidador e cuidado caminham ora sintonizados na inautenticidade ora na autenticidade e que estão saudáveis no sentido existencial fenomenológico, mesmo a vivência sendo marcada pela ansiedade, dor, sofrimento, conflitos sobre a vida e a morte, conseguem recuperar esse aspecto da existência. (FORGHIERI, 2011)

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, podemos pensar em implementar intervenções em saúde voltadas às enfermeiras, não só às que lidam com crianças nessas condições supraespeciais, mas a todas as enfermeiras de modo geral que usem instrumentos perfurantes (invasivos) em pacientes, abarcando suas facticidades.

Algumas ações podem ser implementadas no âmbito da UTI ou fora do horário do plantão, num momento que seja mais oportuno, para acolhimento dessas profissionais por parte de equipe multidisciplinar a fim de proporcionar-lhes adequada atenção através da escuta terapêutica numa postura de acolhimento, respeito e solicitude acerca de suas vivências diárias no ambiente hospitalar e extra-hospitalar para que seja possível compreender o processo saúde-doença-morte como um ciclo natural de finitude do ser humano e inerente a tal condição respeitando as singularidades de cada pessoa.

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.

O Psicólogo deve estar presente na equipe que compõe a equipe multidisciplinar para dar assistência psicológica aos enfermeiros e a toda a equipe da UTI, bem como aos familiares da criança internada. A vivência laboral marcada pela dor e sofrimento cotidiano podem causar desordenação psíquica e passar a ser condição existencial do ser humano.

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.

Assim, sinto-me grata por ter adentrado nesse espaço de tantas vivências especiais e restrito a poucos, realizar a pesquisa com as enfermeiras, embora em número bem menor do que foi previsto no pré-projeto, me possibilitou compreender o fenômeno: os discursos dos enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança convivendo com câncer na UTI. Tal experiência só foi possível pelo uso do método fenomenológico existencial em pesquisa pois

o intuito do método é compreender a vivência do ser, seu mundo vivido e isso respondeu satisfatoriamente ao que me propus.

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

ANGERAMI-CAMON, A. V. (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 56, n. 2, p. 133-137, 2003. Disponível em: <www.com.br. Revista Fafibe On Line n.3, ago. 2007 ISSN 1808-6993 www.fafibe.br/revistaonline —Faculdades Integradas Fafibe Bebedouro: SP>. Acesso em: 17 nov. 2015.

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

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância-Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acessado em 21/04/2017

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil**. Rio de Janeiro:2008. isp<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancercriancaadolescentebraasil.pdf>

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro, INCA 2012. Disponível: http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Linfoma de Hodgkin: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro, INCA 2010. Disponível http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil**. José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disp <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 21/04/2017

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Linfoma não-Hodgkin: prevenção, genética e outros fatores de risco**. Rio de Janeiro, INCA 2014 Disponível: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>: acesso em 21/04/17

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Incidência do Câncer no Brasil: Estimativa**. INCA 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>> . Acesso em: 28 fev.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro. INCA 2011. Disponível em: <http://WWW.saude.gov.br/bvs/publicações/abc_do_câncer>. Acesso em: 27 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 fev. 2016.

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

BRASIL. Resolução 466. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/documentos/

BRASIL. **Resolução COFEN, n. 240/2005.** Disponível em: <COFEN, http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2101998_4257.html> Acesso em: 22 dez. 2015.

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/resoluco-cofen-2101998_4257.html>. Acesso em: 27 fev. 2016.

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/resoluco-cofen-210_1998_4257.htm>. Acesso em: 25 fev.2016.

BRASIL. Código de Deontologia lei **111/2009.**Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311anexo.pdf>. Acesso em: 27 fev.2016.

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 fev. 2016.

BRUNS, M.A.T.; TRINDADE, E. A contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas.** 2. ed. São Paulo: Alínea, 2011.

CAMARGO, B. Tumor de Wilms. In: MELARGNO, R; CAMARGO, B (Ed.). **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Athneu, 2013.

_____. **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: Athneu, 2013.

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

CASTRO, E. H. B. **A Experiência do câncer infantil**: repercussões familiares e sociais, 2010. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27117236013>> Acesso em: 03 nov. 2014.

CEOLIN, V. E. S. **A Família Frente ao Diagnóstico do Câncer**. In: SILVA, M. Regina; PARAÍBA, Márcio. (Orgs.). **Câncer: Uma Abordagem Psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008.

CINTRA, E. de A. et al. 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.

DANTAS, É. L. R Genética do Câncer Hereditário. Instituto Nacional do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, p. 263-269, 2009.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**. 10. ed. Traduzido por Maria José J.G. de Almeida. São Paulo: Centauro, 2008.

EPELMAN, S. Tumores do Sistema Nervoso Central. In: MELARGNO, R.; CAMARGO, B. (Eds.). **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Athneu, 2013.

_____. Osteossarcoma. In: MELARGNO, R; CAMARGO, B. (Ed.) **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Athneu, 2013.

FLATO, U. Adrian P; PETISCO, G. M; SANTOS, F. B. dos. Punção venosa guiada por ultrassom 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 fev. 2016

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

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

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica**. Fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

_____. **C. Psicologia Fenomenológica**. São Paulo: Cengage Learning, 1993.

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

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

_____. **A caminho da linguagem**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Ser e tempo**. Parte I. 3. ed. São Paulo, SP: Vozes, 2013.

HECK, B. Genética Clínica e Câncer Infantil. In: MELARGNO, Renato; CAMARGO, Beatriz. (Ed.). **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Athneu, 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 abr. 2017.

HOLANDA, Adriano Furtado. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**. 2006. vol. 24, n.3.

HOLANDA, Adriano Furtado. Fenomenológica e Humanismo. Reflexões necessárias. Curitiba: Juruá, 2014

MAHBOUBI, S; ROSENBERG, K. H; Heyman, S. Imagem em Pediatria Oncológica. In: D'ANGIO, J. Giulio et al. **Pediatria Oncológica Prática**, Departamento de Pediatria do Hospital A.C Camargo. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

MANSOUR, M. B; E. Diagnóstico das Leucemias Agudas Pediátricas. In: MELARGNO, R; CAMARGO, B. (Eds.). **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Athneu, 2013.

MEADOWS, T. A; BELASCO, B. J; SINNIAH, D. Leucemia Linfática Aguda (LLA). In: D'ANGIO, J. Giulio et al. (Org.). **Pediatria Oncológica Prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

MELARAGNO, R. **Sarcoma de partes Moles**. **Oncologia Pediátrica, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Athneu, 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MORITZ, Rachel Duarte. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. AMIB, São Paulo: Atheneu, 2012.

OLIVEIRA, M de F P. de; ISMAEL, C. M. S. **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. 2. ed. Campinas /São Paulo: Papyrus, 2004.

OLIVEIRA, E. R de; COSTA, C. L. da. A visão da criança com câncer diante da morte. In: COSTA, C. da; NAKAMOTO, L. H; ZENI, L. L **PSICO-ONCOLOGIA em discussão**. 1. ed São Paulo: Lemar, 2009.

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

REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara 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 fev.2016.

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

SMELTZER, S. C.; B; Brenda G. **Brunner/ Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2011. v.1

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.

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com as enfermeiras

- 1 Idade:
- 2 Sexo:
- 3 Instituição onde trabalha
- 4 Anos de profissão

QUESTÃO NORTEADORA:

1. Gostaria de saber de você como é realizar procedimentos terapêuticos invasivos em crianças con-vivendo com câncer internadas na UTI?

DESDOBRAMENTOS

- 1 Você pode falar como essa afetação se manifesta em você?
- 2 Qual o procedimento que mais causa tristeza?
- 3 Você pode explicar o que é gaspear?
- 4 Quais são os procedimentos mais comuns realizados na UTI?
- 5 Como você lida com esses procedimentos?
- 6 Você pode falar sobre esse abalo emocional?
- 7 Ser fria é ruim?
- 8 Por que é tranquilo realizar esse tipo de procedimento?
- 9 A realização dos procedimentos terapêuticos é para melhorar o estado da criança. E quando ela não melhora isso causa algum incômodo?
- 10 É fácil se colocar no lugar de uma pessoa quando você está fazendo um procedimento?
Como você reage?

ANEXO
ANEXO I – Autorização para realização de Pesquisa



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA


Declaramos para os devidos fins que autorizamos a realização do estudo “A compreensão dos discursos de enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer à luz da psicologia fenomenológica-existencial” sob responsabilidade dos pesquisadores Maria Pires da Cruz Leal, Ewerton Helder Bentes de Castro e André Luiz Sales da Costa.

Trata-se de um estudo relevante cujo objetivo geral é “Compreender através dos discursos os significados e as possibilidades de ressignificar na vivência do ser-enfermeiro de enfermagem diante das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer infantil”.

O referido protocolo de pesquisa foi apreciado pelo Comitê Científico da Fundação CECON e **obteve aprovação**.

Informamos que para início de sua execução é imprescindível a apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do mesmo junto a esta diretoria.

Manaus, 11 de Abril de 2016.


KÁTIA LUZ TORRES SILVA
Diretora de Ensino e Pesquisa
Fundação CECON

FUN. CENTRO DE CONT. DE ONCOLOGIA - FCECON
Dra. Kátia Luz Torres Silva
Diretora de Ensino e Pesquisa
CPF: 413.175.302-25



Anexo II – Parecer Científico Comitê de Ética FCECON



PARECER COMITÊ CIENTÍFICO
FUNDAÇÃO CECON –

TÍTULO DO PROJETO: “A COMPREENSÃO DOS DISCURSOS DE ENFERMEIROS ACERCA DAS TERAPIAS INVASIVAS À CON-VIVENDO COM CÂNCER À LUZ DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL”.

Pesquisadores Responsáveis: MARIA PIRES DA CRUZ LEAL

Projeto Interno () Projeto Externo (X)

Instituição Responsável: Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

Aprovação prévia por Comitê de Ética em Pesquisa? (X) Não () Sim Qual?

Trata-se de um estudo cujo **objetivo geral** é “Compreender, através dos discursos os significados e as possibilidades de ressignificar na vivência de ser-enfermeiro de enfermagem diante das terapias invasivas à criança com-vivendo com câncer infantil”.

Considerações: O projeto é relevante exequível.

STATUS:
(X) Aprovado.

Manaus, 11 de abril de 2016


Júlia Monica Marcelino Benevides
Membro do Comitê Científico da FCECON

Anexo III – Termo de anuência da enfermagem



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu Enfa Almira Silva Chefe de Departamento de Enfermagem, de posse do PROJETO DE PESQUISA de MARIA PIRES DA CRUZ LEAL, autorizo sua participação como pesquisadora nas dependências desta Instituição no setor de UTI PEDIÁTRICA.

Manaus, 07 de abril de 2016

FUNDO CENT. DE CONT. DE ONCOLOGIA - FCECON
Enfa. Almira do Nascimento Silva
Chefe do Departamento de Enfermagem
COREN - 74184





ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vimos através deste, convidá-lo a participar da pesquisa **A compreensão dos discursos de enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer à luz da psicologia fenomenológica - existencial** realizada pela mestranda em psicologia Maria Pires da Cruz Leal.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo seguinte contato: (92) 998415-7271 email: mariapires_302@hotmail.com e do orientador: (29) 984077900 ou e-mail: ewertonhelder@gmail.com. Enquanto, as objeções a respeito da conduta ética poderão ser questionadas ao Comitê de Ética ao qual esta pesquisa está vinculada, no endereço Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, fone (92) 3305-1181 (ramal 2004), (92) 9171-2496, e-mail cep@ufam.edu.br ou cep.ufam@gmail.com.

A pesquisa tem por objetivo compreender os significados nos discursos de enfermeiros sobre suas vivências nos procedimentos invasivos à criança em unidade de terapia intensiva à luz da Psicologia Fenomenológico-Existencial, propiciando a elaboração de estratégias de acompanhamento a esses profissionais de saúde.

A participação é voluntária. Caso você aceite, solicitamos que nos autorize a gravar somente o áudio e usar as informações que assim surgirem. Quando este trabalho for publicado, seus dados pessoais não serão divulgados.

Os assuntos abordados nesta atividade não possuem a intenção de trazer nenhum desconforto ou risco. Se, porventura, a mesma mobilizar conteúdos em você de forma intensa ou que cause sofrimento, os pesquisadores (aluna mestranda e professor orientador da pesquisa) se responsabilizam em interrompê-la e realizar o acolhimento, atendimento psicológico ou encaminhamento a um serviço capacitado para tal. Informamos que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Pode, também, fazer qualquer pergunta sobre a atividade à pesquisadora.

Entendemos que os riscos da pesquisa poderão existir, contudo poderão ser mínimos, por risco mínimo considera-se que o pesquisado interrompa a pesquisa, desista, apresente alguma sensibilidade (como choro) ao falar de algum procedimento que realizou, pois a pesquisa vai atuar sobre o trabalho dos Enfermeiros, que são as terapias invasivas.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder e outra com os pesquisadores.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu,, fui informado(a) sobre a pesquisa “**A compreensão dos discursos de enfermeiros acerca das terapias invasivas à criança con-vivendo com câncer à luz da psicologia fenomenológico-existencial**”, entendi qual será meu papel nesta pesquisa, concordo em participar da mesma e permito que as minhas opiniões e relatos sejam publicados neste trabalho, não estando identificados, mantendo o anonimato.

Ass. do Participante

Ass. Datiloscópica

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Professor – Orientador

Manaus, ___/___/____