

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**SOB A ESPADA DE *DÂMOCLES*: A PRÁTICA DE PSICÓLOGAS
EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE.**

Sílvia Raquel Santos de Moraes

VITÓRIA-ES

2011



SÍLVIA RAQUEL SANTOS DE MORAIS

**SOB A ESPADA DE *DÂMOCLES*: A PRÁTICA DE PSICÓLOGAS
EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Angela Nobre de Andrade.

UFES

Vitória, Novembro de 2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Morais, Sílvia Raquel Santos de, 1977-

M827s Sob a espada de Dâmocles: a prática de psicólogas em oncologia
pediátrica no município de Recife-PE / Sílvia Raquel Santos de Moraes.
– 2011.

271 p. : il.

Orientadora: Ângela Nobre de Andrade.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Câncer em crianças. 2. Psicologia clínica da saúde.
3. Morte. 4. Cuidados. 5. Fenomenologia existencial. I. Andrade,
Ângela Nobre de. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

**SOB A ESPADA DE DÂMOCLES: A PRÁTICA DE PSICÓLOGAS EM
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE.**

SÍLVIA RAQUEL SANTOS DE MORAIS

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Aprovada em 23 de Novembro de 2011, por:

Profa. Dra. Carmem Lúcia Tavares Barreto
Instituição: Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP
Assinatura _____

Prof. Dr. Paulo Rogério Meira Menandro
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES
Assinatura _____

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES
Assinatura _____

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES
Assinatura _____

Profa. Dra. Ângela Nobre de Andrade (orientadora)
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo/UFES
Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedido este trabalho a todas as crianças com
câncer e às pessoas que a elas se dedicam.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço ao meu amado JESUS, mestre incomparável e Senhor da minha existência! Também agradeço a mim mesma pela disciplina e tempo dedicado aos estudos, pelos investimentos realizados, pela paixão por essa pesquisa, pela persistência em meio a tantas adversidades, pela esperança e fé que me animaram a continuar podendo-ser, em cada instante, como sou.

O título de doutora em Psicologia é um sonho realizado. Sonho que tem significados para além do que as palavras estampem nesse papel. É uma das maiores conquistas que sem meus pais (Lêda e Armando) e meus irmãos (Ramon e Armando Júnior), não estaria acontecendo! A vocês e aos meus sobrinhos (Isaac, Luana e Armando Neto), muito obrigada mesmo! Obrigada por poder contar com vocês, mesmo quando estou ausente e em terras distantes. Isso faz muita diferença!

A Erick, amor-companheiro que Deus me concedeu de forma tão bela e sábia, o meu mais sincero obrigada por ser esse homem compreensivo que tanto engrandece nossa relação de cuidado! Obrigada por tudo que você tem sido junto comigo! Juntos somos mais....

Aos meus amigos-irmãos em Recife-PE e Vila Velha-ES: Carla & Júnior, Wilza & Caius, Luciana & Fran, que por várias vezes me acolheram, de forma genuína, em suas moradas, não poupando esforços em me ajudar e em me encorajar sempre que necessário! Vocês me ensinaram o que é se importar com o sonho do outro, que agora, enfim, é uma realidade compartilhada!

Agradeço muito a cinco famílias especiais que são extensões da minha: família Moura, família Wiesiolek, família Nascimento, família Arruda e família Tavares que em tantos momentos tem me proporcionado um convívio repleto de coisas fantásticas e memoráveis, daqueles que só se consegue quando se tem e se está em um lar! Também sou mais que grata e lisonjeada pelas valiosas contribuições da professora Dra.Carmem Barreto, da Dra. professora Elza Dutra e do professor. Dr. Nilson Gomes em minha formação!

Aos meus amigos que em diversos cantos do país me acompanharam ao longo desses últimos quatro anos: Darlindo, Virgínia, Kátia, Marcelo, Elzenita, Geida, as três Lucianas, as duas Paulas, Beatriz, Socorro e Paulo, Vera, tia Carminha, Camila, Carine, Hebervânia, Gisele e Sidney, Claudia, Suely, Paulo, Ana, Fabiana, George, Valquíria, Hilze e Gilson, Heloísa, Hérder, Hédio, Ana Regina, Janaína, Vanessa, Edvania, turma do PBCS, Cristian, Daiane, Karla Patrícia, Jacinta, Samuel. Cada um com seu 'universo particular' de encantos, tem me ensinado o valor de se emprestar ao outro em forma de amizade! Mas em meio a tudo isso, há uma criaturinha de Deus que também tem alegrado meus dias e tornado a vida mais interessante: Fiona! Ela nem sequer sabe ler, mas sua lealdade e fidelidade certamente me acompanharão por muitos e muitos anos; e isso já dispensa qualquer leitura!

Aos colegas do DINTER-UFES, aos professores e a minha orientadora Ângela Nobre, agradeço por acreditarem no alcance do meu trabalho, bem como pela disponibilidade em compartilhar conhecimentos e experiências valiosas ao longo do processo de doutoramento! Agradeço a FACEPE, ao prof. Dr. José Bismarck, e à secretária executiva Lutécia Maciel pelo apoio ao longo das idas e vindas por entre Petrolina-PE, Recife-PE e Vitória-ES.

Agradeço de coração aos profissionais de Psicologia, as crianças com câncer, familiares e aos funcionários das instituições que colaboraram diretamente com a realização dessa pesquisa. Obrigada pela entrega, solicitude e intensidade vivida em cada um de nossos encontros! Certamente eu saí e voltei diferente! Vocês me ensinam a viver com mais leveza e a não adiar escolhas importantes, afinal, a vida é breve!

Deus abençoe a todos!

*Nem olhos viram,
nem ouvidos ouviram,
nem jamais penetrou
em coração humano
o que Deus tem preparado
para aqueles que o amam.*

RESUMO

Morais, S.R.S.(2011). Sob a espada de Dâmocles: a prática de psicólogas em oncologia pediátrica no município de Recife-PE. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.

O objetivo geral dessa pesquisa foi compreender a prática de psicólogas em Oncologia Pediátrica (OP) no Recife-PE. Os objetivos específicos foram cartografar e tematizar a atuação dessas profissionais; descrever quais são e como se configuram suas concepções de cuidado e compreender as implicações dessas concepções para o saber-fazer cotidiano. Partiu-se da perspectiva Fenomenológica Existencial, e mais especificamente, da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger. A metodologia foi qualitativa de inspiração fenomenológica. Colaboraram com este estudo nove psicólogas de instituições especializadas. A colheita de dados apoiou-se em entrevistas individuais, grupo focal, diálogos e registros em diário de campo. Tais narrativas foram transcritas, literalizadas e interpretadas mediante a Analítica do Sentido (Critelli, 2007). Os resultados sugeriram a presença de cinco temáticas des-veladoras de sentido desta prática: 1) Tempo, proximidade e intensidade: dimensões da prática psicológica em OP; 2) Pelas vias da experiência cotidiana: o cuidado em ação na OP; 3) Estar-com: o trabalho coletivo em OP; 4) Abertura para a transcendência como sustentação da prática psicológica em OP e 5) Formação em cena: psicólogos à deriva? Já o cuidado foi concebido como um conjunto de atitudes/ações/posicionamentos frente à manutenção da vida, ou seja, como antecipação libertadora, a qual se sustenta mediante a perplexidade e a disponibilidade afetiva para com crianças, familiares e equipe de saúde. As implicações disso foram expressas em termos de serenidade, acolhimento e adoção de algumas estratégias de enfrentamento que transitam por entre as dimensões ôntica e ontológica. A iminência de morte, o sofrimento das crianças e as repercussões do tratamento oncológico tem convocado as colaboradoras a re-dimensionarem a própria formação e a re-criarem modos interventivos por meio da experimentação cotidiana e do foco no poder-ser-do-outro. Os resultados sugerem a urgente necessidade de avanços da Psicologia no que tange o saber-fazer em média e alta complexidade sanitária.

Palavras-chave: prática psicológica, cuidado, Oncologia Pediátrica, Psico-Oncologia, Fenomenologia Existencial.

ABSTRACT

Morais, S.R.S. (2011). Under the sword of Damocles: the practice of psychologists in pediatric oncology in the city of Recife. Doctoral Thesis, Graduate Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo, Vitória-ES.

The overall objective of this research was to understand the practice of psychologists in Pediatric Oncology (OP) in Recife-PE. The specific objectives were to map and thematize the role of these professionals, describe what they are and how are their conceptions of care and understand the implications of these concepts to the everyday know-how. It started from the perspective of existential phenomenology, and more specifically, the Hermeneutic Ontology of Martin Heidegger. The methodology was qualitative, phenomenological inspiration. Collaborated with this study nine psychologists specialized institutions. Data collection relied on interviews, focus groups, dialogues and records in a field diary. These were narratives were transcribed and interpreted by literalized Analytical Sense (Critelli, 2007). The results suggested the presence of five thematic de-watchmen sense of this practice: 1) Time, proximity and intensity: Dimensions of psychological practice in OP, 2) By way of everyday experience: caring in action in the OP, 3) Be- with: the collective work OP, 4) Openness to transcendence as psychological practice in support of OP and 5) Training on the scene: psychologists drifting? Since care was conceived as a set of attitudes / actions / positions opposite the maintenance of life, or in anticipation of liberation, which is sustained by perplexity and emotional availability to children, families and healthcare staff. The implications were expressed in terms of serenity, acceptance and adoption of certain coping strategies that pass through the ontic and ontological dimensions. The imminence of death, the suffering of children and the effects of cancer treatment is called the collaborators to re-draw the very formation and re-create ways by interventional trial everyday and focus on power-is-the-other. The results suggest the urgent need for advances in psychology regarding the know-how in health and tertiary care.

Keywords: psychological practice, care, Oncology, Psycho-Oncology, Existential Phenomenology.

LISTA DE SIGLAS

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior

CEHOPE - Centro de Hematologia e Oncologia Pediátrica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes

D - Diálogo com colaboradoras

E - Entrevistas com colaboradoras

ENHIS - Sistema de Informação de Saúde e Desenvolvimento Europeu

GF - Grupo Focal

GT - Gestalt Terapia

HUOC - Hospital Universitário Oswaldo Cruz

HCP - Hospital do Câncer de Pernambuco

HEMOPE - Hemocentro de Pernambuco

HPV - Papiloma Vírus Humano

IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde

OP - Oncologia pediátrica

PAHO/OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QT - Quimioterapia

LISTA DE SIGLAS

RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional

SBPO - Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia

SCIELO - Scientific Electronic Library

SPCC - Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

UICC - União Internacional de Combate ao Câncer

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UPE - Universidade de Pernambuco

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	X
1. APRESENTAÇÃO -----	15
2. REVISÃO DE LITERATURA -----	24
2.1. O Câncer e as neoplasias na infância-----	25
2.2. A criança com câncer e seu processo de hospitalização -----	29
2.3. Cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica -----	40
2.4. A Oncologia Pediátrica e a Psico-Oncologia -----	48
2.5. Pesquisas sobre a prática de profissionais de saúde em Oncologia Pediátrica e o problema de Pesquisa -----	60
3. OBJETIVOS -----	65
3.1. Objetivo geral -----	65
3.2. Objetivos específicos -----	65
4. REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO -----	66
4.1.A Psicologia Fenomenológica Existencial-----	66
4.2.A Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger-----	81
5. METODOLOGIA -----	107
5.1.A Fenomenologia como método de investigação em Psicologia: uma breve contextualização -----	107
5.2. Percurso metodológico e procedimentos utilizados-----	114

5.2.1. Primeiro momento: as entrevistas individuais-----	114
5.2.2. Segundo momento: o grupo focal-----	121
5.2.3. Terceiro momento: diálogo com as colaboradoras-----	124
5.3. Instrumentos para colheita de dados-----	125
5.4. Técnicas utilizadas pala colheita de dados-----	129
5.5. Proposta de análise dos dados-----	131
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO-----	139
6.1. Por uma leitura compreensiva da prática psicológica e do cuidado em Oncologia Pediátrica-----	139
Temática 1: Tempo, proximidade e intensidade: dimensões da prática psicológica em OP-----	140
Temática 2: Pelas vias da experiência cotidiana: o cuidado em ação na OP-----	172
Temática 3: Estar-com: o trabalho coletivo em OP-----	199
Temática 4: Abertura para a transcendência como sustentação da prática psicológica em OP -----	211
Temática 5: Formação em cena: psicólogos à deriva?-----	220
7. IN-CONCLUSÕES-----	231
REFERÊNCIAS-----	241
APÊNDICES-----	265
ANEXOS-----	268

APRESENTAÇÃO

Apresentar um tema de pesquisa constitui um risco. Primeiro pela arte de sintetizar ideias, que “borbulham” em meio a uma trajetória de vida que inclui um tema. Segundo, porque o cenário que compõe o tema em questão é amplo, e ao mesmo tempo, específico e ainda repleto de lacunas conforme dados observados na literatura científica até o presente momento.

Diante disso, salientamos a presença do tema “prática do psicólogo com crianças com câncer” ao longo do nosso percurso de formação em Psicologia. Tornar-se psicóloga e continuar querendo ser tem uma conotação significativa quando relembramos de nossas escolhas em trabalhar na área de saúde e mais especificamente, com crianças hospitalizadas em decorrência do câncer. E assim nos tornamos psicólogas! Continuamos nos tornando todos os dias e, nesse movimento, nos encontramos sendo professora de Psicologia. Agora, fora do hospital, ousamos falar na prática do psicólogo que lá dentro está. Hoje, um pouco mais afastados dessa experiência que marcou um tempo vivido de grandes descobertas, dúvidas, medos e vitórias, buscamos escrever as marcas de um campo que ainda repercute em nossa formação e com o qual nos identificamos a cada passo dado, sobretudo ao constatarmos a pequena quantidade de colegas interessados ou envolvidos diretamente com essa causa/temática.

O tempo passou. Eis-nos aqui fora do hospital e dentro da academia. Por horas a fio, interrogamos como este trabalho de construção de saber e de diálogo reflexivo acerca da prática de psicólogos em Oncologia Pediátrica contribuirá para a área, apesar da inserção indireta no cenário da assistência à criança com câncer. Essa inserção indireta ou “distanciamento” demanda uma postura de repensar ações outrora realizadas. Também exigiu a reorganização contínua de lembranças (casos clínicos, mortes de pacientes, por exemplo) ainda presentes. Parece que foi ontem que guardamos nossas batas coloridas e deixamos para trás aquelas crianças, que nos ensinavam diariamente o valor da vida, mesmo diante de limitações, até então desconhecidas e inimagináveis. Cinco anos se passaram, mas a vontade de re-visitar, re-conhecer e se re-inserir nesse cenário

permaneceram, principalmente, quando vislumbramos que buscamos compartilhar informações, formar ideias, rever críticas e contribuir para o saber-fazer Psicologia no setor de alta complexidade mesmo diante de uma realidade sanitária eminentemente marcada pelo foco na atenção básica.

Amenizar lacunas e investigar sentidos. Essas tarefas impulsionaram nossa inclinação para continuar aprendendo com essas crianças e com os profissionais de saúde que as acompanham cotidianamente. Essa oportunidade foi, sem dúvida, um rico momento para compreender e desvelar o contexto da prática do psicólogo em instituições de tratamento oncológico.

Muitos afirmam: “*é pesado trabalhar com crianças que têm câncer, não dá para mim*’ ”. Não concordamos com essa assertiva. E ressaltamos nosso interesse pela área visando re-conhecer as nuances dessa prática. Com isso, questionamos: A leveza tão apregoada e desejada por muitos não reside na capacidade de fazer de contrários, um motivo para se recomeçar de novo? Se assim for, até mesmo o pesado pode se tornar leve quando com-partilhado, e o aparente leve pode pesar quando camuflado e escamoteado. É preciso acreditar na força do encontro, na escuta inerente a essa prática, e antes de tudo, na vida que pulsa mesmo em seus últimos minutos de fôlego. Somos profissionais da partilha. É assim que nos re-conhecemos todos os dias quando partilhamos da experiência da Psicologia em salas de aula com inúmeros colegas em formação. Oferecer uma possibilidade de escuta é contribuir para transformar o peso do binômio viver-morrer pelo poder da fala e da escuta genuína. Pela palavra, a realidade é criada. Pela palavra acolhida, o peso pode se tornar leve. Leveza que se traduz pela construção e consideração do possível, suportável, nominável, humano. Tal paradoxo marca o nosso ‘tornar-se psicóloga’ até hoje. Paradoxo que se localizou sobremaneira numa tarde de sexta-feira do ano de 1999 quando me surpreendi com a indagação pujante de uma criança de cinco anos diagnosticada com Linfoma de Hodkin (espécie de câncer que acomete o sistema linfático). A pergunta foi: “*tia porque a senhora gosta de vim pro hospital se aqui só tem gente doente e criança que chora?*’ ” Doze anos se passaram, e esse questionamento nos ajudou a construir todo um percurso acadêmico.

Primeiramente, por meio do curso de atualização em Psicologia Hospitalar promovido pela Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer (SPCC) e, em seguida, pelo estágio curricular na unidade de Pediatria do Hospital do Câncer de Pernambuco localizado em Recife-PE.

Posteriormente, o percurso continuou por meio do ingresso no mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com a dissertação, que investigava como é ser psicólogo de crianças com câncer nas instituições especializadas de Natal-RN. Em paralelo ao mestrado, também trabalhamos como psicóloga na Unidade de Oncologia Pediátrica e na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI neonatal) do Hospital Infantil Varela Santiago em Natal-RN.

E agora, reiteramos o desejo de compreender e aprofundar a discussão sobre a prática de psicólogos em Oncologia Pediátrica, mas sob uma nova problemática: compreender como é a prática de psicólogos que atendem a crianças com câncer nos serviços de Oncologia Pediátrica do município de Recife-PE. Também nos interessa investigar como esses profissionais compreendem o cuidado em OP, como este se desvela em suas práticas cotidianas e quais as implicações desse cuidado no saber-fazer cotidiano. Tais interesses nortearam meu caminhar, demandando um contínuo exercício de maturar ideias e discernir afetos para que, assim, o conhecimento vá tomando forma e seja novamente resignificado ao longo do tempo.

Com base nesse breve relato acerca do modo como este tema aconteceu em nosso percurso profissional e acadêmico, apresentamos um pouco do tempo chamado **agora** (composto por introdução com revisão de literatura, problema de pesquisa, objetivos e delineamento de capítulos). No agora também está contido o **antes** (formado por histórico do tema, resultados da pesquisa de mestrado e proposição de continuidade através da justificativa de pesquisa) e o **depois** (abrangendo metodologia, proposta de análise dos dados, resultados e discussões, considerações finais, anexos e referências).

O ANTES

De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer/INCA (INCA, 2002) o envelhecimento populacional resultante da melhor qualidade de vida e a exposição a fatores de risco decorrentes da urbanização, aumentou o risco de morte por câncer no Brasil. Identificou-se que, em 1979, a taxa de risco era de 40 a cada 100 mil mulheres e de 60 a cada 100 mil homens; e em 1999, alcançou o patamar de 60 a cada 100 mil mulheres e 80 a cada 100 mil homens.

Para além da crescente estimativa de novos casos, o câncer continua sendo uma doença temida pela humanidade; não raro, é considerado como sinônimo de morte, sofrimento e estigma. Exemplo disso é a pesquisa divulgada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007a; 2007b) acerca da opinião dos brasileiros sobre o câncer ao indagar: “Quando você pensa em câncer, qual é a palavra que vem a sua cabeça?” A maioria dos entrevistados (de diferentes regiões do país) usou termos que remetem à morte e a emoções negativas, tais como tristeza, dor, medo, maldição, pavor, amargura e desgraça.

Ocorrendo na infância, o câncer parece adquirir uma conotação ainda mais intensa, tendo em vista o sentimento de piedade e perplexidade dos adultos diante da precocidade do evento constantemente associado à morte. Venâncio (2004) comenta que:

Apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e do aumento de informações veiculadas pela mídia, o câncer ainda equivale, muitas vezes, a uma "sentença de morte", comumente associado à dor, ao sofrimento e à degradação. A literatura nos mostra que o câncer sempre foi percebido como algo vergonhoso, sujo, contagioso e sem cura, sendo uma doença tradicionalmente relegada pela sociedade. O diagnóstico de câncer e todo o processo da doença são vividos pelo paciente e pela sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. Além do rótulo de uma doença dolorosa e mortal, o paciente comumente vivencia no tratamento, geralmente longo, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, às mutilações e à dor encontram-se presentes. (p. 56)

A co-existência dos profissionais de saúde com a criança portadora de câncer vai adquirindo, assim, um sentido permeado por incógnitas, medos e

fantasias, inclusive para os psicólogos. Com base na experiência como psicóloga em um serviço público especializado no tratamento do câncer, pensamos que alguns pontos merecem destaque nessa pesquisa, a exemplo: a experiência de cuidar de uma criança com câncer e os sentimentos emergentes ; a disponibilidade afetiva para continuar cuidando dessas crianças e de seus familiares e as implicações/repercussões dessa vivência para além do hospital. Tais pontos realçaram ainda mais o interesse por esta pesquisa a partir da perspectiva fenomenológico existencial em Psicologia, mas isso não significa que iremos esgotar a todos eles.

Um dos elementos chaves para tais questionamentos originou-se de observações da prática cotidiana da OP, tais como: o caso de alguns psicólogos evitarem o contato com a criança com câncer, afastando-se da OP em virtude de um notável envolvimento emocional. A literatura especializada corrobora com tal observação.

Segundo Mota, Martins e Vêras (2006), o contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações, podendo levá-lo a distanciar-se de quem cuida devido a tensões provenientes de várias fontes de seu trabalho, como por exemplo: contato frequente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, receio de cometer erros, relações com pacientes difíceis.

Sendo assim, cuidar de quem cuida parece ser condição necessária para desenvolver projetos de ações em prol de uma assistência de qualidade e da reflexão sobre a práxis em saúde. Tais ações, apesar de serem situações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), carecem de maiores discussões no campo da Psicologia Social e da saúde.

Na pesquisa de mestrado, identificamos que a experiência de ser psicólogo de criança em sofrimento oncológico parece marcada pela iminência de morte. O psicólogo tem o seu *Ser-aí* (Da-sein)¹ envolvido com o ser-que-está-doente, e a

1. **Dasein** é uma expressão alemã que significa "ser-aí", isto é, o ser do homem, o ser-no-mundo. É a maneira que o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) se referiu ao processo de devir,

partir do momento que assume o cuidado da criança doente, passa a ser-com-o-outro; e essa relação afeta de algum modo, sua existência. O trabalho é vivido de modo paradoxal: ora com prazer e gratificação, ora com dor e angústia.

A experiência dos psicólogos em questão é uma espécie de bússola, que norteia o seu saber-fazer, o que adquire um sentido de “*verdadeira lição de vida*”, uma vez que o câncer vai desfazendo a ilusão de imortalidade, lançando este profissional para sua condição de *ser-para-a-morte* e convocando-o à autenticidade. Não se trata apenas de vivenciar a angústia e a iminência de morte, mas, sobretudo, ressignificá-las em busca de um aprendizado contínuo, de atendimentos de qualidade, dentre outras possibilidades. Para eles, trabalhar com câncer infantil trouxe novas perspectivas e visões de mundo, fazendo do psicólogo uma pessoa mais humana e sensível às necessidades alheias. Ser psicólogo de uma criança com câncer é uma maneira particular que se escolhe para estar-no-mundo. É um projeto delimitado pela história de vida de cada um e pelos acontecimentos sócio-históricos. Estima-se que isso se desdobre ao longo desta pesquisa e assim ofereça espaço para reflexões mais aprofundadas.

O AGORA COM O ANTES E O DEPOIS...

Os resultados sugeriram, portanto, o aprofundamento das temáticas discutidas neste campo de intervenção a fim de que novos sentidos emergjam e possibilitem reflexões sobre as práticas de psicólogos e a formação desses, dentre outros possíveis desdobramentos no campo da saúde. Assim, propomos como objetivo geral deste projeto de doutorado aprofundar e discutir a prática profissional de psicólogos em Oncologia Pediátrica (OP). E como objetivo específico, buscaremos investigar as concepções de cuidado para esses profissionais e o modo como esse fenômeno contribui para a configuração,

ou seja, a construção da existência se dá através do contato do homem com coisas ou situações cotidianas significativas que lhe despertam interesse e possuem alguma utilidade (Michelazzo, 1999, p.128).

desenvolvimento e avaliação da prática psicológica no setor de alta complexidade.

A palavra prática deriva do grego *prássein*, *praktiké* e quer dizer fazer, agir, praticar, denotando o que dirige a ação; o que pode traduzir-se em ação e o que é racional na ação. (Abbagnano, 1998). Em outras palavras, refere-se a experiência, habilidade, performance que se adquire com o treino de algo, habilidade, exercício de um ofício. Entendemos por práticas psicológicas no campo da Saúde como sendo práticas discursivas e provocadoras de formas de subjetivação na contemporaneidade. Exemplo disso é a criação de espaços destinados à saúde, tais como clínicas, SPAS (*Salus Per Aquam*, que significa saúde ou cura pela água), academias de ginástica, programas de qualidade de vida nos espaços de trabalho, unidades sanitárias, centros de atendimento psicossociais, dentre outros. As práticas em saúde são atividades artificiais da condição humana que vêm se tornando foco de discussões mais sistemáticas, sobretudo, a partir dos investimentos do capitalismo atual. (Medeiros, Guareschi e Bernardes, 2005). Nas palavras dos autores, a saúde, quando pensada pela Psicologia, edifica uma série de regulamentos e modulações, que estabelecem o modo como o ser humano tende a se relacionar consigo e com o mundo.

O tema é instigante. Foi escolhido à vista disso e diante do ineditismo observado no exercício da prática profissional e na docência. A ausência de tratamento acadêmico da matéria, especialmente sob o enfoque que se pretende dar, caracteriza uma originalidade, que realça o interesse e a relevância teórica do assunto, como instrumento de discussão científica. Agrega-se a isso a importância prática de um futuro trabalho com esse viés, a desvelar o cuidado suas relações com as práticas clínicas institucionais, e oferecer contribuições teórico-metodológicas sobre a inserção e práxis do psicólogo com crianças no setor de alta complexidade.

A práxis do psicólogo na OP passou a ser discutida recentemente, ou melhor, há aproximadamente duas décadas. A maioria da literatura especializada e pesquisada até o momento trata de questões sobre:

- a) O impacto do diagnóstico e tratamento do paciente com câncer (Santos, 2002; Carvalho, 1994, 2002);
- b) Grupos de familiares de pacientes com câncer (Valle, 1994; Françoso, 1993, 1996);
- c) A espiritualidade e suas influências no tratamento do câncer (Valle, 2004b).

Trata-se, pois, de um tema atual, repleto de lacunas no quesito prática institucional do psicólogo em setor de alta complexidade e mais especificamente em OP. A atualidade/originalidade deste projeto também se apresenta pela ausência de estudos (até o momento) sobre o fenômeno do cuidado para psicólogos que atendem a crianças com câncer; inexistindo escritos nessa linha que enfoquem o recorte epistemológico proposto.

A importância desta investigação é teórica/acadêmica, prática e social. A primeira, ante a escassa produção científica. A segunda, tendo em vista a quantidade de psicólogos, profissionais de saúde, instituições, pacientes e familiares, que podem se beneficiar da utilização deste trabalho (em tese). Além disso, a saúde é um campo eminentemente vasto, aspecto que realça a importância de estudos dessa natureza.

A pesquisa que se realizou, apresentou-se como viável. Houve material para estudo (prontuários, grupos de apoio psicológico para pacientes oncológicos e seus familiares, reuniões técnicas, dentre outros) disponível nos serviços de Oncologia Pediátrica, particularmente quando examinamos as práticas dos psicólogos em instituições especializadas que, em sua maioria, são públicas. Por outro viés, a inserção no doutorado, com a decorrente colaboração do professor (a) orientador(a), demais mestres e colegas, alicerçou o modo de desenvolver esta pesquisa de forma socialmente comprometida, planejada e consoante as demandas da área.

O tema desta pesquisa se insere na *linha de pesquisa Psicologia Social e Saúde*, pois discorre sobre a formação e prática psicológica na área de saúde e suas articulações com o contexto sociocultural. Nele, buscamos compreender

como a prática institucional se des-vela a partir de uma perspectiva interdisciplinar² e com base no método fenomenológico de pesquisa.

A investigação foi realizada com nove psicólogas que trabalham com crianças portadoras de câncer na cidade de Recife-PE, por meio de uma perspectiva qualitativa e interventiva ancorada no método fenomenológico com procedimentos etnográficos participativos em cinco instituições de saúde especializadas: 1) Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC); 2) Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP); 3) Hemocentro de Pernambuco (HEMOPE); 4) Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 5) Centro de Hematologia e Oncologia Pediátrica (CEHOPE). Essa escolha se justificou pela ausência de serviços locais especializados na região do Vale do São Francisco, sendo Recife-PE uma das capitais de referência no Norte-Nordeste e um dos locais para o qual as crianças são encaminhadas.

O desdobramento dessa pesquisa foi explanado mediante a construção de cinco capítulos que versam sobre o contexto da oncologia pediátrica e a inserção do psicólogo, de modo a explicitar o processo de revisão bibliográfica do tema (nos últimos vinte anos) a partir de publicações científicas especializadas. Desse modo, o primeiro capítulo discute o câncer e as neoplasias na infância. O segundo capítulo focaliza a criança com câncer e seu processo de hospitalização. O terceiro capítulo reflete sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica. O quarto capítulo debate a oncologia pediátrica e a psico-oncologia e, por último, o quinto capítulo, comunica sínteses de pesquisas sobre a prática de profissionais de saúde em oncologia pediátrica e suas interlocuções com o tema pesquisado. Ademais, temos o capítulo de fundamentação teórica ancorado na perspectiva da psicologia fenomenológica existencial seguido pelo capítulo metodológico, o qual

² **Interdisciplinar** é um termo usado para se referir a um modo de trabalho onde a troca de saberes entre as diferentes áreas de conhecimento torna-se um imperativo, na tentativa de superar as possíveis limitações de um olhar limitado. Esse esforço em dialogar e compor novos saberes ultrapassa a junção de disciplinas. Nessa forma de operar, os atores envolvidos priorizam a troca efetiva e sistemática de conhecimentos em prol de um trabalho integrado, resolutivo e eficaz.

explicita procedimentos, instrumentos e técnicas utilizadas para a colheita de dados, bem como a proposta de interpretação dos mesmos. Dando prosseguimento, apresentamos os resultados e a discussão dos dados, as inconclusões, as referências, os apêndices (contendo cópias das cartas de anuência das instituições participantes) e por fim, os anexos, que incluem o roteiro de perguntas norteadoras das entrevistas e do grupo focal.

2. REVISÃO DE LITERATURA



Com base na revisão de literatura nacional e internacional nos últimos vinte anos sobre câncer infantil e prática psicológica em Oncologia Pediátrica, organizamos as discussões que se seguem. Essas, por sua vez, refletem pontos cruciais no campo da temática investigada. A presente revisão buscou realçar as lacunas no quesito prática psicológica no setor de alta complexidade em saúde e, mais especificamente, em Oncologia Pediátrica. A revisão ocorreu nas seguintes bases: periódicos CAPES (Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior), domínio público, Science Electronic Library (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e de sites de órgãos internacionalmente reconhecidos, tais como Ministério da saúde, Instituto nacional do câncer (INCA), Organização Pan-Americana de Saúde/PAHO e Organização Mundial de Saúde (OMS), União Internacional de Combate ao Câncer/UICC, Sistema de informação de saúde e desenvolvimento europeu (ENHIS) e Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO).

Para situar sinteticamente o panorama atual da assistência à criança com câncer no Brasil e no mundo, recorreremos a referências disponíveis nos órgãos e bases supracitados. Ao longo da tese, apresentamos com maior profundidade de discussão as pesquisas e os trabalhos consultados. Por ora, o objetivo é situar o leitor quanto ao câncer e o câncer infantil, o tratamento de crianças com câncer e a inserção da Psicologia nessa área que culminou na Psico-Oncologia Pediátrica.

2.1. O Câncer e as neoplasias na infância



Segundo o INCA (INCA, 2007a), mais de 70% do total de óbitos por câncer em 2005 ocorreram em países de média ou baixa renda (citado por World Health Organization [WHO], 2006). Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. Sabemos que, pelo menos um terço dos casos novos de câncer ocorridos anualmente no mundo poderiam ser prevenidos.

De acordo com os dados do INCA (2007b), as estimativas de câncer em 2008 (também válidas para 2009) foi de 466.730 novos casos. Já em 2020, estima-se que

o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. É também conhecido que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos. (p.24)

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPS, 2008), o câncer é a segunda causa principal de morte nas Américas. Em 2005, aproximadamente 1,15 milhões de pessoas morreram de câncer nas Américas e 480 mil casos

correspondem aos países da América Latina e ao Caribe. As taxas de mortalidade por câncer mais elevadas se observam na Argentina, Barbados, Chile, Peru e Uruguai. Em 2030, estima-se que mais de 1,6 milhões de pessoas morrerão de câncer—esse aumento é atribuído às trocas demográficas e a uma maior exposição aos fatores de risco (tabagismo, obesidade e sobrepeso, exposição a substâncias cancerígenas no trabalho, condições ambientais e infecções víricas).

Diante do crescente índice de mortalidade por câncer em proporção à carga total de mortalidade, é necessário que os países de América Latina e o Caribe reconheçam a prevenção e a sensibilização em matéria de câncer como prioridades de saúde pública. Além do sofrimento e das mortes ocasionadas por essa doença, os custos econômicos são elevados. As instâncias normativas e os profissionais de saúde precisam estar atentos para o que o câncer representa em seu próprio país e para a importância de investir e criar programas integrais de seu controle. Exemplo disso foi a realização da Oficina Sanitária Panamericana, que ocorreu em junho de 2008 em Wahsghinton-EUA, a fim de discutir planos de ação, prevenção e controle do câncer até o ano de 2015 na América Latina e no Caribe.

A maioria dos órgãos nacionais e internacionais concentra esforços na colheita de dados acerca do câncer na vida adulta, sendo mais raros, trabalhos sobre o câncer infantil. Contudo, o INCA situado na cidade do Rio de Janeiro/Brasil definiu como câncer infantil o conjunto de doenças que tem em comum a proliferação de células anormais que se instalam em qualquer local do organismo.

Braga, Latorre e Curado (2002) e Garófolo (2005) contextualizaram e reuniram os seguintes dados sobre o câncer infantil:

- É a principal causa de mortes em crianças nos países desenvolvidos (UICC, 2008);
- O câncer infantil compreende 0,5% a 3,0% de todas as neoplasias malignas humanas na maioria das populações com incidência anual de 200 mil casos em todo o mundo;

- As principais regiões com prevalência de Câncer infantil são: Uganda na África, Croácia, Nova Zelândia, Dinamarca, Estados Unidos e Canadá;
- Os tumores mais comuns da infância são: leucemias (30,0%), tumores do sistema nervoso central (19,0%), linfomas (13,0%), neuroblastoma (8,0%), sarcomas de partes moles (7,0%), tumor de Wilms (6,0%), tumores ósseos (5,0%) e retinoblastoma (3,0%);
- A maior incidência é no sexo masculino, havendo 70% de chances de cura em casos de diagnóstico precoce e tratamento especializado (INCA,1997).

Segundo a União Internacional de Combate ao Câncer (UICC, 2008), a cada ano, mais de 160 mil casos de câncer infantil são diagnosticados e 90 mil crianças morrem de câncer. Em todo o planeta, cerca de 25 milhões de pessoas têm câncer. Além disso, 80% das crianças com câncer vivem em países em desenvolvimento onde o tratamento efetivo nem sempre ocorre, embora uma, dentre duas crianças, consiga sobreviver.

Em 2007, segundo o Sistema de Informação de Saúde e Desenvolvimento Europeu (ENHIS), a leucemia é a neoplasia mais comum na infância e corresponde a 30% de todos os cânceres diagnosticados em crianças abaixo de 15 anos. Em países europeus, uma em cada 500 crianças diagnosticadas com câncer tem até 15 anos; inclusive as crianças são mais propensas a eventos potencialmente relacionados à exposição de agentes cancerígenos externos (excesso de radiação, por exemplo), podendo refletir na ocorrência de um câncer.

O último levantamento epidemiológico do câncer infantil feito pelo INCA em 1997, órgão de referência no tratamento do câncer no Brasil, divulgou que as neoplasias malignas mais frequentes na infância são: leucemias (principalmente a leucemia linfóide aguda), tumores do sistema nervoso central, linfomas (tumores do sistema linfático), tumores renais (tumor de Wilms), neuroblastoma (tumor de glânglios simpáticos), retinoblastoma (tumor da retina do olho), osteosarcoma (tumor ósseo), tumores germinativos e sarcomas (tumores de partes moles). Sobre isso, Reis, Santos e Thuler (2007) afirmaram:

No Brasil, ainda são poucos os trabalhos que abordam temas relacionados à epidemiologia dos tumores pediátricos. As informações sobre incidência do câncer provêm dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Atualmente, há no Brasil 22 RCBP implantados. Destes, 17 contêm informações consolidadas disponíveis para análise. Essas informações foram obtidas a partir de um aplicativo informatizado, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para entrada e consolidação dos dados colhidos pelos RCBP, o SisBasepop. Observa-se, em geral, uma predominância dos casos de leucemias, que variam de 15% a 45% de todos os tumores pediátricos, seguidos dos linfomas (5% a 25%) e tumores do sistema nervoso central (5% a 22%). Conclui-se ressaltando que é viável obter dados de incidência de câncer pediátrico, em larga escala, a partir dos RCBP. (p. 05).

Contudo, o INCA ressalta que houve um avanço considerável no tratamento do câncer infantil nas últimas quatro décadas, pois, atualmente, cerca de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas de modo precoce e tratadas em centros especializados. O tratamento oncológico consiste em:

uma série de procedimentos que visam suprimir o câncer ou, então, detê-lo e amenizá-lo, melhorando o estado geral da criança. Atualmente, o objetivo do tratamento é elevar, ao máximo, a cura, diminuindo os efeitos colaterais imediatos e tardios, tendo em vista, as altas taxas de sobrevida obtidas. (Viana, 2004, p.30).

O câncer infanto-juvenil (0 a 18 anos) é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todas as neoplasias malignas.

O câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. Tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e torna-se bastante invasivo, porém responde melhor à quimioterapia. A maioria dos tumores pediátricos apresenta achados histológicos que se assemelham a tecidos fetais nos diferentes estágios de desenvolvimento, sendo considerados embrionários. Essa semelhança a estruturas embrionárias gera grande diversidade morfológica resultante das constantes transformações celulares, podendo haver um grau variado de diferenciação celular. Por essa razão, as classificações utilizadas nos tumores pediátricos diferem das utilizadas nos adultos, sendo a morfologia o principal aspecto considerado. (INCA, 2008, p.19).

De acordo com Vincent (2007), a publicação recente da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) em 19 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005) alerta para o câncer como problema de saúde pública; pois tal doença constitui a segunda causa de morte no país com altas taxas de mortalidade, apesar dos intensos esforços e investimentos em formação de recursos humanos, equipamentos e desenvolvimento tecnológico para a educação permanente em atenção oncológica, prevenção, controle e assistência nessa área. Portanto, Vincent (2007) aponta a educação permanente em saúde como estratégia vital na área oncológica com a finalidade de integrar seus diversos atores na formulação de políticas, desenvolvimento de ações sociais, produção de conhecimentos e assistência integral à saúde.

2.2. A criança com câncer e seu processo de hospitalização



A palavra câncer deriva do grego *karcinos*, que quer dizer "caranguejo" e em latim *karkinos* quer dizer câncer. Essa palavra é conhecida desde a antigüidade, porém, somente no final do século XV é que passa a ser associada à descrição de tumores malignos (Younes, 2001). Isso nos remete ao paralelo que Sontag (1984) faz entre a imagem do caranguejo e o câncer, usando essa metáfora para elucidar o sentido de destruidor invencível, que consome lenta e secretamente o sujeito.

Love (1990) destaca que o câncer designa um grupo de mais de 200 enfermidades diferentes, com causas múltiplas e diversas formas de tratamento. A atenção ao câncer tem sido algo crescente em todo o mundo, tendo em vista que o mesmo torna-se um problema mais comum, à medida que se obtém controle sobre as doenças infecciosas e as doenças ligadas à falta de

infraestrutura básica.

É, portanto, uma enfermidade que se caracteriza pelo crescimento desordenado e autônomo de células e tecidos por motivos ainda desconhecidos, podendo acometer indivíduos de qualquer idade.

Assim, tem-se a Oncologia ou cancerologia como a ciência que estuda o câncer (neoplasias malignas), de como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento. Até então, não foi possível detectar com precisão o fator inicial, que leva ao crescimento anômalo das células aparentemente normais. Sabe-se, porém, que há diversos tipos de neoplasias e cada uma delas apresenta etiologias distintas. Dentre os agentes tidos como cancerígenos, destacam-se: agentes físicos (radiações), virais, químicos (tabaco, álcool), hereditários e imunológicos, além das doenças conhecidas como pré-cancerosas (úlceras estomacais, papiloma vírus humano/HPV, por exemplo).

Existe uma grande variedade de tipos de câncer, como por exemplo, o carcinoma, que surge nos tecidos epiteliais; o sarcoma, que ocorre nas estruturas de tecidos conectivos, como ossos e músculos; a leucemia, que se origina na medula óssea e afeta o sangue; o melanoma, que é um câncer de pele, e muitos outros (Carvalho, 2002).

Segundo as estimativas do INCA, o câncer constitui atualmente a segunda causa de morte por doença no Brasil, sendo responsável por 10,86% dos 887.594 óbitos registrados, sendo que 53,81% entre homens e 46,05% entre mulheres (INCA, 1997).

Younes (2001, pp.09), baseado nos dados do INCA, afirma que os tumores malignos são ocorrência comum em nossa população, perdendo apenas para doenças cardiovasculares. Contudo, o autor salienta que, embora a incidência de câncer tenha aumentado recentemente, a mortalidade por doenças malignas, de acordo com as estatísticas da American Cancer Society, diminuiu na última década do século XX.

Os cânceres infantis caracterizam-se por afetarem geralmente as células

do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação (leucemias, por exemplo), enquanto que as neoplasias do adulto afetam as células do epitélio, que recobre os diferentes órgãos (câncer de mama, por exemplo). As neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias (afeta a produção de glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático), além do neuroblastoma (tumor de gânglios linfáticos), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que dão origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcoma (tumores de partes moles) (Brasil, 2007a).

Em se tratando de estimativas mundiais acerca do câncer infantil, Françaço e Valle (1999) comentam, com base em Voute (1990) que:

O câncer infantil atinge 10 em cada 100.000 crianças a cada ano em todo o mundo, sendo que uma criança em cada 600 pode desenvolvê-lo durante a infância. Atualmente, 2/3 desses cânceres são considerados curáveis, se o tratamento administrado for adequado. No entanto, é importante causa de óbito na infância: nos países em que as causas de mortalidade infantil ligadas à infraestrutura básica foram superadas é a causa de óbito mais comum na infância. (p.16).

Santos (2002) afirma que, atualmente, 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados. Durante os últimos trinta anos, têm-se alcançado grandes avanços em anos de sobrevida para muitos cânceres de crianças, com uma expectativa global de vida de 75%. Esse fato se deve aos avanços alcançados no tratamento, aos cuidados de suporte, ao manejo dos pacientes pela equipe interdisciplinar, com especialistas pediátricos seguindo protocolos estabelecidos de conduta.

De qualquer modo, o câncer está sempre incluído de modo significativo nas taxas de mortalidade, ocupando posição de destaque nos índices sanitários (Françaço, 1993). No entanto, nas últimas décadas, houve alguns avanços quanto ao tratamento oncológico. Hoje, o câncer é considerado doença crônica e passível de cura, ao contrário do caráter agudo e fatal que prevalecia anteriormente (Brasil, 1992). Desde 1970, vem se observando um aumento linear

das taxas de cura dos tumores na infância. Essas taxas variam entre 70% e 90% dos casos, nos EUA. No Brasil, por exemplo, as crianças e jovens com leucemia linfática aguda (LLA) podem ser curados em até 70% dos casos. Tais índices equiparam-se aos de países desenvolvidos como França, EUA e Inglaterra (Bianchi, Lopes & Camargo, 2000).

De acordo com os estudos do INCA (1997), os diversos tipos de cânceres infantis, embora relativamente raros, são responsáveis pela terceira causa de óbito entre crianças de 0 a 14 anos no Brasil; perdendo apenas para as mortes violentas (acidentes e homicídios) e para doenças frequentes no desenvolvimento infantil (diarreias e pneumonia). Diante desse cenário, podemos compreender que o câncer tornou-se um problema de saúde pública e que a relevância dessa doença na fase da infância não se baseia apenas no caráter epidemiológico quantitativo.

Costa Júnior (1999) destaca que, por se tratar de uma doença crônica e de prognóstico nem sempre favorável, responsável por parcela significativa de óbitos e cujo tratamento pode exigir níveis de tolerância elevados, observa-se uma crescente mobilização científica e profissional das ciências da saúde no tocante ao câncer; inclusive da Psicologia, no sentido de implementação e desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas de prevenção e tratamento. Nesse sentido, concordamos com Françoso (1993) ao afirmar que:

(...) a configuração atual do câncer infantil gera necessidades específicas na área de assistência, impondo a necessidade de transformações nas práticas de saúde organizadas para atender a criança. (p.09)

Diante disso, assistimos a algumas mudanças emergentes no campo da Oncologia Pediátrica, que inclui desde a assistência clínica, baseada no modelo biomédico com enfoque na esfera individual e curativa, até a inclusão de trabalhos em equipes multiprofissionais que possam compreender a criança com câncer em suas especificidades e de acordo com o seu contexto familiar, emocional e sociocultural. Essas modificações já apontadas por Lima (1990) incluem, dentre outras coisas, a ampliação da assistência, para que esta englobe

não apenas questões da ordem do corpo, mas também questões da pessoa da criança e sua família.

Redd (1991) afirma que as questões relacionadas ao câncer infantil passam a receber novos enfoques, uma vez que os estudos buscam contemplar a complexidade das temáticas correlacionadas e a dimensão psicossocial do processo de adoecimento, do tratamento e de suas consequências. Esses estudos acabaram contribuindo para uma sistematização mais efetiva de saberes nesse campo de intervenção, além de impulsionar o desenvolvimento dos serviços de saúde no sentido de atender as necessidades da criança como um todo, bem como de sua família e dos profissionais. Os conhecimentos provenientes desses estudos possibilitaram diagnósticos mais precoces, tratamentos efetivos e abordagens mais adequadas.

Sendo assim, a assistência psicológica desponta como uma possibilidade de ampliação do tratamento anteriormente discutida. Cabe ao psicólogo, portanto, abrir espaço de fala visando atenuar a ansiedade e outros sintomas clínicos, a fim de possibilitar a “ventilação” de sentimentos e de fantasias que as crianças e seus familiares possuem sobre a doença e a morte. Além disso, o atendimento visa oferecer apoio psicológico, esclarecer dúvidas e fornecer orientações, favorecendo assim a integração família-tratamento (Valle & Vendrúscolo, 1996).

Seguindo os avanços da Oncologia Pediátrica e a inserção do psicólogo nesse âmbito assistencial, consideramos importante destacar, também, o processo de tratamento do câncer infantil e a questão da equipe multidisciplinar³, com o objetivo de situar, mais especificamente, o campo de intervenção da Psico-Oncologia .

No que tange ao tratamento do câncer, encontram-se envolvidos, além do médico oncologista clínico, outros profissionais, como o cirurgião oncológico, o radioterapeuta, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista, dentre outros que

³ **Multidisciplinar** é um termo usado para se referir ao conjunto ou agrupamento de profissionais de diversas áreas de conhecimento em um mesmo contexto de atuação prática. O intuito de cada uma das disciplinas/saberes envolvidos restringe-se a oferecer a sua contribuição de modo isolado.

integram a equipe. No que se refere à participação de psicólogos na equipe, essa colocação passa a ser oficializada a partir da publicação da Portaria n.º 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União, em 14/10/1998. Essa portaria determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao SUS. Essa participação, considerada atualmente como necessária, traz à tona o processo de desenvolvimento da Psico-Oncologia (Carvalho, 2002).

O tratamento das neoplasias infantis começa com o diagnóstico correto e preciso, sendo necessário o uso de imagens radiográficas e estudos laboratoriais e/ou microcirurgias (punções, biópsias). De um modo geral, o tratamento compreende três modalidades principais: *quimioterapia*, *cirurgia* e *radioterapia*, sendo cada uma dessas modalidades destinadas a tipos específicos de tumores de acordo com a extensão da doença.

No adulto, o surgimento do câncer está, muitas vezes, associado a fatores ambientais, como por exemplo, o uso do tabaco e o câncer de pulmão. Em crianças, não se pode aplicar tal tipo de associação, uma vez que, na infância e adolescência, as causas do câncer não estão totalmente definidas, e as formas de apresentação dos tumores nem sempre são visíveis. As neoplasias da infância apresentam uma grande diversidade histológica, podendo se apresentar em forma de leucemias, tumores do S.N.C (sistema nervoso central) e linfomas.

A detecção precoce do câncer na infância pode diminuir o risco de sequelas a longo prazo, otimizando as diversas modalidades de tratamento e trazendo possibilidades de cura.

Quanto aos dados epidemiológicos, sabemos que a maioria dos registros de câncer apresenta seus dados dispostos em categorias de idade, com intervalos de cinco anos e por localização primária do tumor. Esse formato de dados mostra-se inadequado para a classificação de tumores na infância, pois exceto os tumores do S.N.C, os demais tumores de crianças são classificados em cito ou histopatológico, e não pela topografia do tumor primário. No entanto, as

classificações das neoplasias infantis vêm sofrendo alterações e sendo descritas de modo mais detalhado. Isso se deve aos avanços das técnicas laboratoriais baseadas na imunologia, na biologia molecular e na genética celular, bem como, da incorporação de novos conhecimentos e tecnologias disponíveis sobre a etiologia dos tumores, seu diagnóstico e tratamento (Brasil, 1997a). Assim, torna-se imprescindível que os registros de câncer incluam a classificação por subgrupos etários e por morfologia tumoral.

Quanto ao processo de adoecimento e tratamento, é notável que a doença traz algumas implicações para a criança e seus familiares, tais como, o impacto do diagnóstico e seus significados, o afastamento da criança do ambiente familiar e escola devido aos longos períodos despendidos entre exames e internação hospitalar, dentre outras modificações.

Durante o tratamento da criança com câncer, há momentos de grande estresse vivenciados por ela e por sua família. As fases mais críticas do tratamento costumam ser: 1) o surgimento e o diagnóstico da doença acompanhado por negação, raiva, ressentimento e culpa; 2) o momento do internamento hospitalar marcado por medo, ansiedade e temor ao desconhecido; 3) as complicações e possíveis fracassos do tratamento; 4) o retorno/ recidiva da doença, que costuma despertar forte angústia, tristeza, apatia e depressão; 5) as dúvidas quanto a escolhas de condutas terapêuticas a seguir; 6) os cuidados paliativos administrados que nem sempre vêm acompanhados pela aceitação da situação. (Wasserman, 1992 apud Chiattonne, 1998).

Torres (1999) argumenta que o diagnóstico da doença ainda é vivido como uma fatalidade que elimina as possibilidades de futuro, ou seja, o impacto do diagnóstico acaba trazendo uma série de situações, reações e emoções na própria criança, na família e na escola. Cabe aos responsáveis estarem cientes e conscientes acerca dessa nova realidade, a fim de evitar que uma percepção distorcida provoque fantasias e medos na criança. Torres (1999) ainda nos diz:

(...) entre os principais problemas da criança com câncer destacam-se aqueles que se referem à hospitalização, ao diagnóstico e tratamento, e ao relacionamento com a família. (p.129)

O diagnóstico e o tratamento incluem um conjunto de intervenções sobre o corpo e conduzem geralmente a sucessivas hospitalizações, implicando, assim, um marco de crise e estresse no curso da doença.

Vale ressaltar que, em se tratando do câncer, é importante fazer o diagnóstico precoce e criterioso a fim de definir a modalidade de tratamento mais adequada. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, é comum a detecção de grandes porcentagens de cura ao se diagnosticar pacientes em fases iniciais da enfermidade. Quando isso não ocorre, a possibilidade de cura (de alguns tumores) diminui significativamente.

Por ser um tratamento complexo e multidisciplinar, deve ser iniciado após um correto diagnóstico e estadiamento da doença, no qual cada caso deve ser individualizado. O trabalho coordenado de várias especialidades é essencial para o êxito no controle da evolução e cura da doença.

Além do controle da doença em si, salientamos a importância da abordagem do contexto familiar. A participação integral dos pais e/ou responsáveis é fundamental. O conhecimento da doença, sua evolução, seu tratamento e controle devem ser discutidos abertamente entre o médico, a equipe multiprofissional, os pacientes e sua família.

O tratamento da doença ocorre por meio da quimioterapia (QT) e radioterapia dos tumores, podendo assim, evitar cirurgias mutilantes. Nos últimos 40 anos, a radioterapia e, posteriormente, a quimioterapia, promoveram melhora progressiva nas taxas de sobrevida das crianças portadoras de câncer. No início do século, a cirurgia radical era a única possibilidade de cura para as crianças portadoras de tumores sólidos, com grandes chances de causar danos e mortalidade. Somente entre 1930 e 1950, é que se introduz a radioterapia e quimioterapia, as quais promoveram melhoras nas taxas de mortalidade, porém com efeitos colaterais questionáveis, especialmente para as crianças.

Segundo as informações do Hospital AC Camargo em São Paulo (2009), as opções de tratamento vão depender do tipo de câncer, do estágio da doença, da idade do paciente, do seu estado geral de saúde e de suas preferências. Torna-se fundamental discutir essas opções de tratamento com a equipe médica. De um modo geral, o câncer é tratado com cirurgia e com: a) Radioterapia: é utilizada para tratar câncer localizado, tanto para reduzir um tumor antes da cirurgia como para eliminar eventuais células cancerosas após a cirurgia. Constitui uma técnica de alta precisão e afeta, em menor escala, outros órgãos e tecidos normais; b) Quimioterapia: são medicamentos e/ou combinação de drogas usadas para atingir qualquer parte do corpo, por meio da corrente sanguínea. Costuma ser administrada por via oral ou de modo injetável, em ciclos, que se seguem a períodos de recuperação, ao longo de seis meses, em média. Após as cirurgias, ela reduz os riscos de reincidência da doença; c) Imunoterapia: são terapias que usam a habilidade do próprio organismo de combater o câncer e podem ser usadas de modo combinado com os tratamentos anteriormente citados, pois há fortes indícios de que o sistema de defesa tem papel importante na resposta a doença.

O tratamento mais adequado varia de caso para caso e deve ser escolhido com base no menor dano possível ao paciente. Para atingir esse objetivo, a programação do tratamento tem que ser precisa. Algumas vezes, as sequelas desses tratamentos são inevitáveis, principalmente aquelas relacionadas ao tipo histológico mais agressivo e ao local da lesão.

Diante da complexidade terapêutica, é necessário que o tratamento ocorra de modo interdisciplinar. A Oncologia Pediátrica vem aperfeiçoando o tratamento em dois sentidos: aumentar a taxa de cura das doenças e diminuir a morbidade com menor incidência de sequelas. Atualmente, vários protocolos de conduta médica atingiram taxas de cura de 80%, tornando imprescindível atentar-se para as sequelas. A QT associada ou não à radioterapia passou a substituir as cirurgias mutilantes e as grandes ressecções, que foram praticamente abandonadas como abordagem inicial. Posteriormente, o aprimoramento da QT permitiu diminuir as doses de irradiação.

Murillo e Prada (2006) afirmam que:

se ha establecido que entre un 30% y un 50% de las personas con cáncer presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento. La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y muchas veces no son atendidos. (p.65)

O tratamento do câncer, principalmente de crianças, pode trazer repercussões psicossociais difíceis de serem administradas, tais como o afastamento do ambiente familiar e escolar, a submissão a exames e procedimentos desconhecidos, e às vezes, dolorosos, a convivência com reações adversas do tratamento, o longo período de hospitalização, as cirurgias mutiladoras, os medos e fantasias decorrentes do processo de adoecimento e internamento, as reações psicossomáticas, dentre outras.

Motta e Enumo (2004a; 2004b) enfatizaram que a hospitalização pode afetar o desenvolvimento da criança e interferir em sua qualidade de vida. Já Santos (2002) descreveu em seu livro o impacto do diagnóstico de câncer em crianças e adultos, argumentando assim como Valle (1997) que essa etapa costuma promover uma “devastação emocional” nos pacientes e familiares/acompanhantes. É um momento de “choque” vivido ante os impactos de uma doença com conotações tão complexas como o câncer, exigindo um acompanhamento mais próximo da equipe de saúde.

O contexto hospitalar, aliado à dor física, às alterações de rotina, ao sofrimento psíquico, ao distanciamento da família e à submissão a procedimentos desconhecidos, traz situações novas e angustiantes às crianças hospitalizadas. Afastada de seu lar, de sua escola e de seus amigos, a criança se depara com uma realidade desconhecida, e às vezes, hostil marcada por alteração de rotina, realização de procedimentos desconhecidos e, às vezes, dolorosos, maior risco de infecções, medo e ansiedade, dentre outras modificações, tendo em vista que o ambiente hospitalar não atende às suas condições de criança no que diz respeito às suas necessidades sociais, culturais, afetivas, educacionais e recreativas (Costa e Lima, 1997). Por isso, preconiza-se cada vez mais a

necessidade de um cuidado integral que inclua atividades para além da medicação e ação curativa visando tornar a estada no hospital o mais próximo possível da extensão do cotidiano do paciente. Inclusive, esse modo de intervenção em saúde pública é recomendado pela Política Nacional de Humanização/PNH e se baseia nos princípios que regulamentam o Sistema único de saúde/SUS.

No plano psicológico, o internamento de uma criança pode gerar resistências, incertezas, medo da morte, promovendo mal-estar emocional em todos os envolvidos, inclusive para os profissionais da equipe de saúde, que diante da angústia suscitada pela doença, se sentem impotentes e desamparados. (Caponero & Gimenes, 1997).

Durante o adoecimento e a hospitalização, a criança se depara com dificuldades, necessidades e problemas que precisam ser atendidos, a fim de facilitar o enfrentamento da doença, de melhorar o seu estado psicológico e de levá-las a um quadro orgânico mais estável. E, embora doente, o interesse por atividades lúdicas é mantido, o que pode ajudar a superar dificuldades, abreviar o período de internação e os riscos de infecção, facilitar a maior rotatividade de leitos, e ainda, diminuir os gastos públicos com internação.

Arraes e Araújo (1998) relataram que a sobrevivência do paciente oncológico é marcada pelo caráter paradoxal das vivências de sujeitos com câncer, os quais podem apresentar dificuldade de ajustamento psicológico no que se refere à preocupação excessiva com a saúde, mas que ao passar do tempo tende a diminuir.

Santos (2002) nos diz que a criança sofre momentos desestruturantes e depreciativos devido aos efeitos colaterais da medicação antineoplásica e pelos procedimentos invasivos e dolorosos a que é submetida, além da possibilidade de uma recidiva futura.

Diante dessa breve discussão sobre as modalidades de tratamento oncológico infantil, compreendemos que essas constituem um dos maiores causadores de inquietação, ansiedades e incertezas para o paciente e para sua

família, que passam a viver momentos difíceis de reflexão, reorganização e aceitação.

2.3. Cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica

O fracasso não é a perda de um paciente por morte, o fracasso é não proporcionar uma finitude digna, respeitosa. Mata-se o paciente ainda em vida, quando este é abandonado, pois sua doença é incurável. (Bifulco, 2005, p.4)

A perspectiva dos cuidados paliativos advém da inglesa Cicely Saunders (trabalhadora social, enfermeira e médica) ao cuidar de moribundos em estágios terminais em Londres, sobretudo um paciente judeu de 40 anos com câncer incurável que lhe pediu ajuda para preservar seu valor pessoal diante da terminalidade. A partir disso, surge um vínculo entre eles, que culminou na doação de 500 libras para a construção do primeiro hospice que fora construído anos mais tarde _ o Hospice St. Christopher's. Mas foi no St.Luke's Hospice, que Cicely instituiu e sistematizou os cuidados controlados. Com isso, seu trabalho começa a ser reconhecido mundialmente como a Filosofia dos *hospices* (locais destinados aos cuidados paliativos).

Segundo Fornells (2000), Nascimento e Trentini (2004), os principais fundamentos dos cuidados paliativos são:

- 1) Alívio da dor e de outros sintomas apresentados pelo paciente;
- 2) Atendimento psicológico a demandas emergentes;
- 3) Atenção e respeito à espiritualidade do paciente;
- 4) Sistema de apoio capaz voltado para a promoção de uma vida ativa e criativa até a morte, promovendo a autonomia, integridade pessoal e autoestima do paciente;

5) Sistema de apoio voltado para o enfrentamento da doença e o suporte da dor, respeitando o direito do paciente viver humanamente e dignamente a própria morte.

Segundo Simoni e Santos (2003), o cuidado paliativo está associado ao controle da dor e a administração de analgésicos e tem como preceito geral o respeito à dignidade de pessoa humana impossibilitada de cura. Graças ao movimento dos cuidados paliativos no século XX, enfatizou-se a possibilidade de rehumanização do morrer, desmistificando a morte e reinserindo-a como parte integrante da vida (Kovács, 2003b). No Brasil, são escassas as unidades de cuidados paliativos, sendo mais frequentemente encontrado como modalidade de atendimento domiciliar destinado a classes mais favorecidas economicamente.

O termo paliativo vem do latim *pallium* que quer dizer manto, cobrir. No contexto da saúde, paliativo quer dizer “aliviar os efeitos das doenças incuráveis, ou prover um manto para aquecer aqueles com frio, uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa” (Pessini, 2005, p.1). Assim, paliativo designa um conjunto de cuidados no intuito de

(...) aliviar el dolor y tratar otros síntomas penosos y debilitantes, esos cuidados permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a enfermedades que amenazan la vida. Son aplicables a una enfermedad de esa naturaleza desde el momento en que se diagnostica ésta y durante la evolución completa de la misma. Según estimaciones preliminares, cada año, 4,8 millones de personas sufren dolores cancerosos de una intensidad moderada a graves sin recibir tratamiento.” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007, p.01).

De acordo com Santos, Pagliuca e Fernandes (2007; baseados em Lira e Sepúlveda,1994), a Organização Mundial de Saúde definiu Cuidados Paliativos como:

medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.(Lira, Pagliuca e Fernandes, 2007, p.183)

Em geral, os cuidados paliativos começam quando a maioria dos tratamentos da medicina hegemônica ocidental já cessou. Essa ideia ainda é encarada de modo preconceituoso e, às vezes, controverso, por parte de profissionais e instituições de saúde, tendo em vista as seguintes questões: 1) Se não há chance de cura, não há mais nada a fazer ou com o que gastar em termos de recursos, tempo e investimentos; 2) Até que ponto vale a pena investir em pacientes incuráveis levando em consideração o reduzido número de leitos disponíveis em UTIs de hospitais públicos?; 3) Porque investir em quem não tem mais chance de cura se é possível curar outros?

Diante desses questionamentos e da inexistência de uma política de cuidados paliativos regulamentada no Brasil, destaca-se a iniciativa dos profissionais do INCA, em parceria com o Ministério da Saúde, em elaborarem e publicarem o manual de cuidados paliativos para adultos com câncer. (INCA, 2001).

No Brasil, os cuidados paliativos surgem apenas nos anos 80 do século XX. Desde então, essa forma vem se expandindo lentamente e somente em 2006 é que se realizou o II Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e Dor em Curitiba-PR. Contudo, até o presente momento, nosso país não possui legislação nessa área. Corroborando com esse contexto, Silva (2004) destaca que essa área ainda se encontra em fase de implantação nos países em desenvolvimento devido a uma série de aspectos de ordem político-estruturais. E ainda nesse sentido, Kovács (2009) endossa que:

No Brasil, o movimento de cuidados paliativos ainda está em fase embrionária, estando muito recente o seu desenvolvimento. Infelizmente, ainda não é muito conhecido nem por profissionais da área de saúde que, por incrível que pareça, não os consideram como prioritários. Conseqüentemente, também não é conhecido pelo público em geral, que não pode, assim, reivindicar este tipo de tratamento para os seus problemas. (p.3)

O site do Hospital AC Camargo (2009), instituição de referência no tratamento de câncer em São Paulo, destaca que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o tratamento curativo do câncer juntamente com o

controle de sintomas relacionados à doença e ao próprio tratamento em todas as suas fases.

Os cuidados paliativos pautam-se pela ética de respeito à dignidade humana, apesar da finitude que se apresenta; afinal, cuidar é mais que curar. O fim do cuidado não se encerra com a cura. O cuidado é mais que isso, sendo válido para aliviar dores físicas (mediante o controle de sintomas, o incentivo ao convívio familiar e a manutenção do paciente em estado consciente) e amenizar dores psíquicas/existenciais (tais como ansiedade, tristeza, apatia, solidão, medo de morrer, conflitos familiares, dentre outros). Ao acolher um paciente com a vida “abreviada”, o profissional de saúde se depara com seus próprios limites. Alguns médicos recorrem a procedimentos caros e invasivos a fim de prolongar a vida a qualquer preço. Ou ainda, em hospitais públicos, abandonam os pacientes com a justificativa de que nada mais podem fazer. (Brum e Min, 2008). Sendo assim, M.T.A.Figueiredo (2005) nos dizem:

a maior dificuldade enfrentada pelos paliativistas em todo o mundo, com maior ou menor intensidade, advém dos médicos e enfermeiros. Esses profissionais comiseram as ações dos paliativistas, dando-lhes uma conotação negativista ao considerá-las como ações não científicas e portanto, desprovidas de racionalidade. Há nessa atitude um evidente equívoco, pois a medicina científica e a medicina paliativista não são antagônicas, mas sim simbióticas. Uma não deve interferir na ação da outra, mas sim complementarem-se, resultando no benefício global do paciente. (p.1).

O tratamento da dor e o de sintomas físicos são os primeiros a ser controlados, tendo em vista que a dor e outros sintomas físicos estressantes dificultam a intervenção psicossocial. Aspectos religiosos e culturais também podem se constituir como uma fonte de sofrimento, sobretudo para pacientes com doenças terminais. Portanto, o controle adequado da dor exige não apenas o conhecimento do uso de opióides e medicações adjuvantes, mas também a atenção para a integralidade do cuidado, o que torna a abordagem multidisciplinar obrigatória. Tal obrigatoriedade se faz necessária com fins de atender a um dos princípios da medicina paliativa, que é o de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares. Caso tal abordagem aconteça de forma

compartimentalizada e sem discussões dos casos pela equipe, o cuidado torna-se fragmentado e meramente técnico. (Brandão, 2005)

Nos pacientes com câncer, a dor apresenta ramificações físicas e psicológicas negativas. A interação da dor com outros sintomas físicos do câncer e às comorbidades (muitas vezes presentes) costuma interferir na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, trazendo dificuldades de ordem biopsicossocial. Portanto, os melhores resultados quanto à satisfação de atendimento, controle de sintomas e custo total do tratamento tende a ocorrer se os cuidados forem conduzidos de modo interdisciplinar.

No caso de crianças com câncer, os cuidados paliativos não se resumem à administração de medicamentos e controle de sintomas, tendo em vista que pesquisas apontam que pais e irmãos de pacientes falecidos por câncer apresentam transtornos psicológicos intensos e prolongados, necessitando de acompanhamento especializado (Sakamoto, 2005).

Elizabeth Nunes de Barros, psicóloga responsável pelo grupo de cuidados paliativos do Departamento de Pediatria do Hospital do Câncer de São Paulo, assinala que a “vivência do câncer infantil produz tensão emocional e desafia a capacidade de enfrentamento da criança e da família”, mesmo se considerarmos que o índice de sobrevivência dessa doença tenha aumentado consideravelmente.” (Barros, 2005, p.1)

Diante da impossibilidade de cura, ocorre assim uma transição (às vezes longa) para a fase paliativa, marcada pela mudança de foco no tratamento, que se caracteriza pela ênfase no alívio da dor e pelo controle de sintomas físicos e psíquicos, visando ao bem-estar da criança com câncer avançado. Barros (2005) ainda defende que

qualquer que seja a jornada em cuidados paliativos, e principalmente na fase terminal da doença, é sempre possível intensificar medidas de suporte para o paciente, cuidador e família. (p.1)

De acordo com Trill (2009), especialista em Psico-Oncología do hospital Gregorio Maraño de Madrid, a morte infantil traz grande ansiedade para o entorno familiar e sanitário. Daí a importância do trabalho nessa área envolver três níveis de atenção: ao paciente, à família e à equipe de saúde, sendo que sua função é

proporcionar ayuda al niño para facilitarle el proceso de adaptación, y asegurarse de que sepa que no se le va a abandonar y que está recibiendo un tratamiento que intenta controlar sus síntomas. (Trill, 2009, p.01)

Isso nos remete às palavras de Camargo e Kurashima (2005), oncologistas pediátricas, que defendem:

Não se deve desistir de cuidar só porque o curar se tornou impossível. O universo do cuidar é mais abrangente que o do curar. Podemos não curar sempre o paciente, mas sempre poderemos cuidar de um paciente portador de câncer e diminuir seu sofrimento, oferecendo suporte, informação, conforto e dignidade ao paciente e sua família. (p.1)

Na modalidade terapêutica dos cuidados paliativos, é sempre possível cuidar, mesmo que não haja a cura propriamente dita, pois cuidar envolve atenção, disposição afetiva e está presente ao longo de toda a vida humana desde as suas origens, sendo, inclusive, o elemento responsável pela sua manutenção diária. Desse modo, os cuidados paliativos não focam meramente a objetividade e a resposta imediata e circunstancial de tratamento, mas sim uma clínica do sentido, na qual a atuação dos profissionais envolvidos é pautada pela consideração das histórias de vida e processos emocionais dos pacientes, que emergem ao longo do tratamento. Isso difere da clínica tradicional, que, segundo Carvalho (1998) é marcada pela ruptura entre razão científica e emoção, pela suposta neutralidade científica e pelo distanciamento do objeto de intervenção.

Com base nas idéias de Carvalho (1998), Braga e Rodrigues (1998), a formação dos profissionais de saúde ainda não enfatiza a interação e integração da razão com a emoção, tendo como enfoque central a racionalidade e a perícia técnica, o que se afasta da perspectiva discutida até agora acerca dos cuidados

paliativos. Por outro lado, Sakamoto (2005), oncologista pediátrico, discorre sua experiência como oncologista pediátrico da seguinte forma:

a assistência ao paciente com doença incurável, na maioria das vezes, fica a cargo daquele profissional que se relaciona melhor com o paciente em questão ou cujas convicções individuais e religiosas o auxiliem na tarefa. De fato, talvez em nenhum outro campo da assistência à saúde seja observada uma influência tão grande da religião. O cuidado paliativo, ainda que influenciado por convicções individuais e religiosas, deve ser sistemático e universal. Inseridos nessa sistemática de atendimento, ficou claro para nós o conceito de que o cuidado paliativo não consiste apenas no controle dos sintomas, mas também na assistência psicoeconômico-social e emocional ao paciente e seus familiares antes e, até mesmo, após a morte. Este último aspecto, muitas vezes negligenciado, também deve fazer parte do campo de atuação de uma equipe de cuidados paliativos. (p.1)

Com base no exposto, resgatamos um autor conhecido no contexto dos cuidados paliativos em Oncologia_ LeShan, o qual defende que o mais importante no âmbito da saúde é a “recuperação/resgate do estado de quem se é” através de relatos, lembranças e visualizações. (LeShan, 1992). Nas palavras de LeShan (1994):

entre aqueles que são atingidos pela doença, os mais capazes de recuperação são os homens e mulheres que podem descobrir uma nova fonte de esperança, sejam quais forem as decepções do passado, e que adquirem uma nova percepção de si mesmos. (p.26)

Com isso, observamos que as ideias de LeShan se aproximam dos cuidados em questão, sobretudo no momento atual em que as doenças estão mais associadas ao estilo de vida, às causas ambientais e ecológicas e a modos de se comportar, conforme demonstram as estimativas crescentes de doenças cardiovasculares, câncer, AIDS, dentre outras.

Sobre as questões éticas envolvendo os cuidados paliativos na infância, Kovács (2003b) afirma a existência de questões complexas, tais como:

será que elas podem expressar o seu desejo de viver ou de morrer, têm competência para decidir? E, se não puderem, quem pode decidir por elas, seus pais ou um tutor? Tenho certeza que ainda não há consenso sobre estas questões. (p.3)

Coelho e Rodrigues (2009) ressaltam que a autonomia, o desejo e a condição de ser em desenvolvimento da criança não costuma ser considerada em situações de hospitalização, uma vez que na prática, as imposições/persuasões e atitudes paternalistas prevalecem em detrimento do diálogo esclarecedor. Ao longo da prática, os profissionais de saúde podem esquecer e/ou relegar ao segundo plano, a dignidade, a autonomia e a integridade da criança doente, privilegiando a aplicação de procedimentos técnicos em prol da dimensão biológica. Isso tende a ocorrer quando há uma relação assimétrica de poder entre os envolvidos (crianças, familiares e equipe de saúde). Com isso, o leque de escolhas da criança e de seus familiares costuma ser abreviado e/ou negado, pois o que está em jogo é a hegemonia do poder médico e da biotecnologia. Sendo assim, torna-se imprescindível um cuidado pautado em uma prática eminentemente ética que assegure a beneficência ao paciente através do consentimento dos pais e/ou responsáveis. E isso exige que se considere a subjetividade e a integralidade do humano em prol de uma assistência que respeite, antes de tudo, a dignidade do ser cuidado, independente de sua faixa etária. Para sintetizar tal idéia, recorreremos a Madeira (2011) ao defender que :

A tomada de decisão deve ser conjunta, respeitando os valores da família e os princípios da bioética, e, ao mesmo tempo, entendendo o paciente pediátrico enquanto ser moral em desenvolvimento. (p.1)

Nesse ínterim, transcrevemos um trecho de Kovács (2009) que ilustra bem o argumento exposto acima:

para que a autonomia seja exercida é necessário que o paciente esteja instruído, que tenha as informações necessárias para tomar uma decisão (...) estes dois pontos envolvem também uma mudança da mentalidade vigente na equipe de saúde e nas instituições hospitalares, de que o médico é o único depositário do saber, e da visão paternalista de que somente ele conhece o que é bom para seus pacientes. Outro ponto que deve ser considerado é o de que muitos pacientes, principalmente nos hospitais públicos, são de nível cultural mais baixo e, assim, têm uma filosofia de conformidade e resignação de que nada devem reivindicar para si.(...) entretanto há situações em que exercer a autonomia (grifo nosso) não é possível, pois o paciente (grifo nosso) não se encontra em condições de decidir, inconsciente ou demenciado. Nesse caso, o envolvimento restringe-se à família e à equipe, e o princípio que deve predominar é o da beneficência. (Kovács, 2009, pp.6-7)

Diante dessas questões, a partir de 1970 vem se constituindo o campo da bioética pautado em quatro princípios fundamentais: o respeito da autonomia; a beneficência; a não maleficência e a justiça. Esse campo oriunda da ética e discute questões relativas à vida e à morte, trazendo debates sobre algumas temáticas importantes em torno da autonomia, direitos humanos, relação médico-paciente e pedidos de morte. Com isso, debate acerca do prolongamento da vida, da morte digna, da eutanásia (abreviação da vida), da distanásia (prolongamento da vida), da ortotanásia (morte natural) e do suicídio assistido. (Segre e Cohen,1995). Contudo, é uma área que envolve conflitos e pontos de vista polêmicos. Embora a bioética não integre os objetivos dessa pesquisa, atravessa toda a sua tecitura, uma vez que a criança com câncer deve ser considerada em sua condição de integralidade não só pelos psicólogos, mas por todos os profissionais da equipe de saúde.

2.4. A Oncologia Pediátrica e a Psico-Oncologia



A área de interface entre a Psicologia e a Oncologia (parte da medicina que estuda o câncer) é chamada Psico-Oncologia e surgiu na década de 50 do século XX, sendo estudada por autores como Costa Júnior (1999, 2001); Carvalho (1994; 2002); Durá & Ibañez (2000); Rabin (2004), Azevedo, Barros & Muller (2004). Tal área tem por objetivos: a) identificar o papel de fatores psicológicos e sociais, no aparecimento, desenvolvimento, tratamento e reabilitação do paciente oncológico e; b) sistematizar conhecimentos que permitam a assistência integral do paciente com câncer e de sua família, bem como a formação de profissionais de saúde especializados com o seu tratamento (Gimenes, 1994; Costa Júnior, 2011).

No Brasil, o movimento da Psico-Oncologia se consolidou a partir da reunião dos profissionais da saúde em eventos voltados para o desenvolvimento da área, sobretudo nos anos 90, conforme atestam os relatos de Carvalho (1998) ao descrever e apresentar uma síntese dos serviços e programas de atenção a pacientes oncológicos no Brasil no livro *Resgatando o viver: Psico-Oncologia no Brasil*. Os profissionais dessa área encontram-se engajados no atendimento psicossocial em instituições governamentais e não governamentais e no desenvolvimento de pesquisas e intervenções em serviços especializados, hospitais e/ou clínicas. Contudo, ainda há uma grande necessidade de divulgação dessa área, pois somente em 1994, por intermédio das observações realizadas em apresentações de trabalhos nos encontros anteriores, é que a Psico-Oncologia brasileira foi definida, tendo como base características de nossa cultura, o sistema de saúde, dentre outros indicadores de desenvolvimento daquela época. Embora essa seja uma área de atuação multidisciplinar, no Brasil, ela tem sido estudada e desenvolvida, principalmente, por psicólogos (Gimenes, Carvalho & Carvalho, 2002).

Segundo Costa Jr. & Kanitz (2000) a Psico-Oncologia Pediátrica se apresenta como uma área que abriga diversos profissionais de saúde empenhados na investigação dos fatores psicossociais sobre o desenvolvimento, manifestação e tratamento do câncer infantil. É válido destacar que o crescente número de crianças sobreviventes e ex-pacientes de câncer vem contribuindo para o desenvolvimento dessa área, já que as equipes de saúde passaram a se preocupar não só com a doença, mas também com o manejo da dor em crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos, com o bem-estar biopsicossocial e espiritual dos pacientes, com as repercussões do tratamento sobre a vida das crianças e de seus familiares, e também com as estratégias de suporte psicossocial aos atores envolvidos.

Sobre as intervenções em Psico-Oncologia Pediátrica, essas exigem profissionais habilitados para a área e a compreensão da inter-relação entre diversos aspectos envolvidos no processo de adoecimento do câncer e as especificidades de seu tratamento, tais como: o modo de estar-no-mundo dos

pacientes em diferentes contextos, o contexto de origem, as configurações da rede social, os modos de enfrentamento e as situações estressantes, o nível de comunicação inter e intrafamiliar, dentre outros, que possam surgir.

Em OP, o trabalho de prevenção é de fundamental importância e indica o valor de uma política social de saúde, com atuação baseada no modelo biopsicossocial. A inserção do trabalho do psicólogo nos serviços de Oncologia, sob diferentes modalidades de assistência, vem promovendo mudanças no tratamento do câncer. Mudanças, que podem ser observadas desde a maneira de transmitir o diagnóstico, o alívio dos efeitos secundários da doença, o desenvolvimento de cuidados paliativos, até a busca por uma melhor qualidade de vida.

A intervenção em Psico-Oncologia encontra-se baseada em modelos educacionais, nos quais o psicólogo deve priorizar a promoção de saúde, independente da abordagem teórico-filosófica que adotou; ou seja, é uma área que viabiliza atividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica (Costa Júnior, 2001). Além disso, o uso de técnicas de visualização e relaxamento e os grupos de aconselhamento destacam-se como recursos importantes no acompanhamento aos pacientes com câncer. Esses recursos têm trazido resultados surpreendentes de melhora física, como por exemplo, maior vigor físico, fortalecimento do sistema imunológico e modos de enfrentamentos mais saudáveis.

Muitos estudos indicam que as causas do câncer são multifatoriais. Em adultos, o câncer pode ter relações com as dificuldades de expressar sentimentos negativos e a tendência a reagir com passividade frente às situações estressantes/críticas. Mas, em se tratando de crianças, ainda não foi possível chegar a conclusões semelhantes, mesmo que, em alguns momentos, elas tendam à passividade diante de situações conflituosas. A atenção psicológica em OP é geralmente indicada nos seguintes casos: dificuldades de cooperação com o tratamento, dificuldades de expressar sentimentos, medo e resistência a

situações típicas do tratamento (dor, procedimentos invasivos e internações), isolamento social, sintomas psiquiátricos, dentre outros. (Costa Júnior, 2011, S/P)

Há também a possibilidade de atendimento ao paciente oncológico por meio do Programa Simonton, que é uma modalidade de atendimento psicossocial que visa favorecer bem-estar psíquico e apoio aos familiares. Os atendimentos são realizados em grupos temáticos com duração pré-determinada. Alguns resultados deste trabalho vêm sendo observados em diversas cidades brasileiras, tais como em São Paulo por meio do Centro Oncológico de Recuperação e Apoio (CORA). Carvalho (2000) comenta que esse programa de atendimento tem levado a resultados de pesquisas semelhantes aos encontrados em outros países.

Costa Júnior (2001) observa que as pesquisas mais recorrentes em Psico-Oncologia priorizam a ajuda psicológica aos familiares como temática central, que em, sua maioria, encontram-se acometidos pelo sofrimento, medo e angústia, no seu despreparo frente à doença, na sobrecarga nas suas funções, dentre outros transtornos. Desse modo, presume-se que a boa comunicação entre pacientes e familiares e o apoio da família são indispensáveis no decorrer da doença.

Vale ressaltar a existência de um manual de orientação para os pais de crianças com câncer e tradução de um protocolo de tratamento em Oncologia Pediátrica realizado pela Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP), que trouxe inúmeras contribuições para a prática dos profissionais em OP.

De acordo com a revisão de literatura de Françoso e Valle (2001) e Valle (2001), a maioria dos estudos psicossociais em Psico-Oncologia, produzidos a partir da década de 80 do século XX e expandidos ao longo da década seguinte, versa sobre os grupos de apoio, os quais podem ter dois significados distintos: 1) sinônimo de psicoterapia grupal e 2) grupos não governamentais com o objetivo de propiciar ajuda a crianças com câncer e seus familiares. Esse dado ilustra, mesmo que parcialmente, a evolução da área de Psico-Oncologia, a qual ainda é bastante jovem e reúne, principalmente, publicações que tratam da caracterização da própria área; exemplo disso são os trabalhos de Carvalho (1994), Costa Jr

(1999), Araújo (2006), Durá e Ibanez (2000), e mais recentemente, a compilação de trabalhos oriundos do curso de Psico-Oncologia a distância na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS (Azevedo et al.2004);

Para Motta e Enumo (2004), os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sócias, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais) que trabalham na área de Oncologia Pediátrica defrontam-se, diariamente, com situações de sofrimento, dor e perda. As atividades de investigações diagnósticas e tratamento oncológico remetem os profissionais, inclusive o psicólogo, a situações com forte carga emocional, além da incerteza de cura e possibilidade de morte. Além disso, as características da doença e o tratamento prolongado, com várias internações e atendimentos ambulatoriais, propiciam uma maior aproximação dos profissionais das dificuldades vividas pela criança e seus familiares.

Portanto, essa área é marcada por um relacionamento intenso entre pacientes, familiares e equipe de saúde, o qual é permeado por exigências de preparo técnico e limitações do próprio conhecimento médico. Isso, não raro, gera um desgaste adicional aos profissionais envolvidos (Valle, 1997).

É essencial que os cuidadores reconheçam que o câncer pode ser fatal. As crianças, seus familiares e rede social reagem de diversas formas em função de sua personalidade, de suas experiências passadas e de suas percepções acerca da enfermidade. Para apoiar eficazmente as crianças, é importante conhecê-las juntamente com sua família, conhecer suas crenças sobre a vida e a morte e saber quais são as fontes de apoio emocional de que elas dispõem. Todos esses aspectos compõem o conceito de tratamento paliativo oncológico. (OMS, 1999)

Quanto ao quesito internação em Oncologia Pediátrica, entende-se que essa seja regulamentada pela Resolução do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes/CONANDA nº 41 de 17 de outubro de 1995. Alguns desses direitos relativos à hospitalização infantil encontram-se listados no site <http://www.oncologipediatria.org> por meio do link

http://www.Oncologiapediatrica.org/index.php?/site/ver_artigo/171. Os mesmos serão reproduzidos integralmente abaixo:

1. Direito à proteção à vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizada desnecessariamente, por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade;
4. Direito a ser acompanhada por mãe, pai ou responsável, durante todo o período da sua hospitalização, bem como receber visitas;
5. Direito a não ser separada de sua mãe ao nascer;
6. Direito a receber aleitamento materno sem restrições;
7. Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la;
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando a sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário;
9. Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar;
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida;
11. Direito a receber apoio espiritual, religioso conforme a prática de sua família;
12. Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;

13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
14. Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos;
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral;
16. Direito à preservação da sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;
17. Direito a não ser utilizada pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética;
18. Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei;
19. Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais, integralmente;
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Ressaltamos que antes a hospitalização era a indicação mais comum na assistência à criança com câncer. Mas, atualmente, essa prática vem sendo substituída, sempre que possível, pela assistência domiciliar (*home care*) a fim de atenuar as dificuldades ligadas ao primeiro procedimento, tais como alteração no cotidiano familiar; comunicação ineficiente; alteração da autoimagem e reação adversa à quimioterapia. (Costa e Lima, 2002).

Quando necessária, a hospitalização da criança com câncer demanda um tempo considerável, pois o tratamento inclui procedimentos invasivos e dolorosos, como é o caso da quimioterapia, radioterapia e seus efeitos colaterais. O processo de hospitalização pode comprometer o desenvolvimento integral da criança, devido à quebra de sua rotina anterior e ao processo de adaptação à

nova realidade, podendo gerar alterações físicas e mentais, além de dificuldades que a própria doença provoca. (Pedrosa, Monteiro, Lins, Pedrosa & Melo, 2007.p. 99). Mas, de um modo geral, o avanço científico na área de Oncologia infanto-juvenil vem possibilitando a cura por câncer, principalmente quando ocorre o diagnóstico precoce.

As práticas psicológicas em Oncologia Pediátrica se inserem no campo da Psicologia da saúde, uma vez que considera os fatores biopsicossociais envolvidos no processo de adoecimento, enfoca as repercussões da vida emocional sobre o orgânico, e vice-versa; preocupando-se com a prevenção e promoção de saúde em níveis individuais e sociais.

Nesse sentido, a Psicologia da Saúde surge como uma alternativa de promoção de saúde, cabendo aos profissionais e pesquisadores desenvolverem modelos de intervenção que possibilitem a interdisciplinaridade com diversos campos do saber. Com isso, assiste-se a uma verdadeira mudança na postura do psicólogo frente às instituições de saúde, pois:

se antes o psicólogo só participava do processo saúde-doença quando estava inserido em programas de saúde mental, hoje é cada vez maior a demanda por profissionais de Psicologia que possam atuar em equipes multidisciplinares em hospitais, casas de apoio, postos de saúde e outras entidades ou instituições. (Campos, Rodrigues, Machado & Alvarez, 2007, p. 636)

Quanto às intervenções do psicólogo em OP, Cardoso (2007, p.43) adverte que esse deve estar ciente que está lidando com crianças doentes e não com a doença em si, sendo impossível qualquer tipo de intervenção terapêutica direcionada a uma criança sem os seus familiares e cuidadores. Além disso, outra regra básica é a sua disponibilidade e capacidade para o trabalho multi/interdisciplinar a fim de obter um trabalho mais integrativo.

A Oncologia Pediátrica vem sendo discutida por Perina (1994), Carvalho (1994); Holland e Almanza-Muñoz (2007), Doca e Costa Júnior (2007). Já Holland e Almanza-Muñoz (2007) sintetizaram um pensamento comum na área da Psico-Oncologia ao afirmar que essa tem como foco de cuidado, as pessoas com câncer e seu objetivo principal é proporcionar bem-estar mediante uma

abordagem psicossocial, a incorporação de cuidados paliativos e a valorização dos aspectos espirituais/religiosos, tendo em vista a crescente abertura às questões emocionais relativas à doença e os três focos prioritários de atenção do psicólogo, a saber: criança, familiares e equipe de saúde.

Holland (1990), em *Handbook of Psychooncology*, definiu que a Psico-Oncologia estuda duas dimensões psicológicas do câncer: 1) o impacto da doença no funcionamento emocional do paciente, familiares e profissionais envolvidos e 2) o papel das variáveis psicológicas na incidência e sobrevivência da doença. Assim, o trabalho do psicólogo realizado com a criança em sofrimento oncológico, visa à elaboração de efeitos traumáticos que essa experiência pode proporcionar, possibilitando uma ressignificação dessa vivência e a potencialização de recursos internos “saudáveis” para a criança lidar com situações difíceis. Além disso, é importante mediar as relações da criança com o ambiente hospitalar, a fim de gerar imagens menos distorcidas e menos ameaçadoras.

Cavicchioli, Menossi & Lima (2007) contextualizaram a área de Oncologia Pediátrica afirmando que:

o avanço da medicina, em especial na área de Oncologia Pediátrica, tem sido muito grande. Aproximadamente 70% das crianças acometidas pelo câncer podem ser curadas se o diagnóstico for precoce e a doença adequadamente tratada. No entanto, a cura nem sempre é possível, principalmente quando o diagnóstico ocorre já em fase avançada da doença. (p.1)

Em termos internacionais, um trabalho de grande valia para a construção desta pesquisa é o de Durá & Ibañez (2000), o qual descreve uma breve história das temáticas ligadas ao trabalho dos psicólogos na área da Psico-Oncologia na Espanha, que inclui três aspectos fundamentais: 1) características de personalidade associadas ao desenvolvimento e/ou progressão do câncer; 2) os programas de intervenção psicossocial dirigidos ao doente com câncer e 3) os aspectos psicológicos implicados na prevenção dessa doença.

Uma modalidade de assistência mundialmente conhecida e prestada ao paciente com câncer e com doenças degenerativas é o Programa Simonton, o qual é resultado da experiência do médico americano Carl Simonton (1942-2009) com pacientes gravemente enfermos. Esse programa prevê o uso de visualização criativa, relaxamento, bioenergética e biodança, ocorrendo em forma de grupos de encontro semanais.

Trabalhos publicados abordando a prática de psicólogos em Oncologia Pediátrica ainda são raros, sobretudo na região Nordeste. Foram identificados até o momento dois trabalhos sobre crianças com câncer nessa região. O primeiro é o relato de um projeto de implantação de recursos lúdicos em um hospital público de Recife-PE. Esse trabalho foi realizado por Pedrosa e colaboradores (2007) e descreve que a população-alvo avaliou positivamente o projeto, tendo em vista que o mesmo cumpriu com seu objetivo de tornar o ambiente hospitalar mais agradável à criança portadora de câncer, favorecendo seu desenvolvimento por meio de leituras e brincadeiras, apesar da doença e da internação.

O segundo trabalho consiste no levantamento de perfil epidemiológico de câncer infantil entre 465 pacientes atendidos em uma unidade especializada de Salvador-BA nos anos de 1995 a 2003. Diniz, Regis, Brito, Conceição e Moreira (2005) ressaltaram que os tipos de câncer mais comuns foram leucemias, seguidas por linfomas e osteosarcomas, com maior incidência em crianças do sexo masculino. A principal causa de óbito foram os neuroblastomas e em apenas 4% dos casos foram identificados exposição anterior a algum agente reconhecidamente tóxico. Considerando que a análise dos possíveis fatores de risco foi prejudicada devido à falta de registros desses aspectos (na maioria dos prontuários consultados), os autores admitiram a necessidade de novos estudos sobre o tema a fim de associar os possíveis fatores de risco nessa região geográfica específica.

Os trabalhos publicados no Brasil nessa área discutem principalmente: 1) a vivência de enfermeiros na Oncologia Pediátrica _ Françoso & Valle, (1999); Avellar Avellar, Iglesias e Valverde (2007); 2) as vivências das crianças com câncer (Valle, 1997, 1999) e vivência de pais de crianças com câncer (Costa e

Lima, 2002) e 3) a vivência de médicos oncologistas com a criança portadora de câncer e seus familiares (Capparelli, 2004).

Quanto à vivência de enfermeiros na OP, os resultados de Françoso (1996) em pesquisa realizada junto a enfermeiras atuantes na área da OP apontam como áreas críticas de seus trabalhos: questões referentes à comunicação entre a enfermeira e o paciente com câncer; maior incômodo em relação às crianças maiores e aos adolescentes porque falam sobre o que vivem em decorrência da doença e do tratamento; atendimento às necessidades emocionais da criança e de sua família que transcendem os procedimentos técnicos. Diante disso, sugere a necessidade de um preparo contínuo integrado à rotina de trabalho desses profissionais e por meio de medidas educativas e aprimoramento de conhecimento técnico-teórico, além da consideração pelos aspectos das relações humanas institucionais em consonância com a realidade do serviço.

Em relação às vivências das crianças com câncer e dos seus pais, uma das autoras de destaque no Brasil é Valle, a qual concentra diversos trabalhos em OP acerca de vivências de crianças com câncer (Valle, 1994; 1997/1999); e acompanhamento psicológico em OP (Valle, 2004a e 2004b). Além disso, descreveu que a OP é uma área marcada por um relacionamento intenso entre pacientes, familiares e equipe de saúde, o qual é permeado por exigências de preparo técnico e limitações do próprio conhecimento médico. Isso gera um desgaste adicional aos profissionais envolvidos.

Já Carvalho (1994), em seu livro 'Introdução à Psico-Oncologia', dedica um capítulo ao câncer infantil assinado por Perina (1994) no qual discorre sobre a difícil trajetória de uma criança com câncer na instituição hospitalar a partir da descrição e discussão de um caso clínico, ilustrando as diferentes etapas que sucedem ao diagnóstico, as reações comuns de agressividade e revolta por parte dos pacientes para com a equipe de saúde, além da fase de recaída, a qual é marcada principalmente pela intensificação da angústia, dos medos e das fantasias da criança doente.

Sobre a vivência de médicos oncologistas com a criança portadora de câncer e seus familiares, destaca-se o trabalho de Capparelli (2004), o qual tratou, mais especificamente, acerca dos significados atribuídos por esses médicos ao fato de dar um diagnóstico de câncer infantil para a criança e seus familiares. Os resultados indicaram que os significados incluem: 1) ser cuidadoso ao conduzir o momento do diagnóstico, 2) manifestar sentimentos em diferentes momentos da comunicação do diagnóstico, 3) usar subterfúgios ao falar sobre hipótese diagnóstica com a família, 4) aproximar-se da criança, 5) perceber a família, seus sentimentos, reações e defesas, 6) levar uma mensagem de otimismo e esperança, 7) compartilhar responsabilidades com os demais profissionais da equipe de saúde, 8) evitar pronunciar a palavra câncer, 9) vivenciar a dor e a impotência diante da possibilidade de fracasso no tratamento. Esses dados corroboram com os argumentos de Carvalho (1994), ao afirmar que cuidar de crianças com câncer faz com que os profissionais se confrontem com suas próprias crenças e valores em relação à doença, às possibilidades terapêuticas, à vida e à morte.

A maioria das pesquisas realizadas focaliza a criança com câncer e seus familiares e começam a surgir somente em meados dos anos 90 do século XX, sendo trabalhos recentes realizados nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil. Vale ressaltar que a maioria da literatura encontrada até o momento concentra-se nas áreas de enfermagem e medicina.

Quando se encontram estudos sobre os profissionais que atendem a crianças com câncer, o destaque recai em trabalhos sobre: a) o discurso psicocupacional de diversos trabalhadores da OP: médico, secretário, psicólogo, farmacêutico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. (Ramalho e Nogueira-martins, 2007); b) a figura do médico em OP (Capparelli, 2004 e Amaral, 2004). Nos demais estudos encontrados, o foco recorrente é o profissional de enfermagem.

2.5. Pesquisas sobre a prática de profissionais de saúde em Oncologia Pediátrica

Da revisão de literatura realizada até o presente momento, foram encontrados apenas seis artigos que possuem relação mais direta com o tema desse projeto de doutorado, que são os de Melo e Valle (1998); Pedro e Funghetto (2005); Gargiulo, Melo, Salimena, Bara e Souza (2007); Ramalho e Nogueira-Martins (2007); Paro, Paro e Ferreira (2005) e Rodrigues e Chaves (2008).

Melo e Valle (1998) realizaram um trabalho sobre a experiência da equipe de enfermagem ao cuidarem de crianças com câncer em plantões noturnos. O objetivo das autoras foi compreender a experiência de cuidar de crianças com câncer em plantões noturnos de um hospital público de grande porte do interior paulista. Participaram dessa pesquisa onze profissionais de enfermagem (sendo 3 enfermeiras, 5 auxiliares e 3 atendentes), que trabalham em regime de plantão em uma Unidade de Pediatria de um hospital público de Ribeirão-Preto-SP. As pesquisadoras observaram o rigor ético-metodológico e entraram em contato com esses profissionais para solicitar a colaboração destes. O instrumento utilizado na pesquisa foi a entrevista semiestruturada, a qual foi aplicada e gravada conforme disponibilidade de tempo da equipe. A entrevista contou com a seguinte questão norteadora: *“Gostaria que escrevesse para mim a sua experiência de cuidar de crianças com câncer nos plantões noturnos”*. Em seguida, transcreveram as entrevistas (depoimentos) para fazer o levantamento das unidades de significado e a análise com base no método fenomenológico. Os resultados indicaram que os enfermeiros se sentiam emocionalmente envolvidos e despreparados para lidar com a criança com câncer, além de desmotivados por parte da instituição contratadora devido à falta de condições e incentivos para desenvolver um trabalho de maior qualidade. A equipe também mencionou sentir-se responsável em cuidar das crianças com câncer, preocupando-se com os procedimentos terapêuticos mais invasivos e com suas causas. Além disso, revelaram preocupação com a mãe da criança doente devido ao seu desgaste físico e emocional durante o processo de acompanhar o filho nesse contexto. Os

profissionais admitiram envolvimento emocional com a criança com câncer e com sua família, tendo dificuldades para impor limites e afastar-se das problemáticas do contexto de trabalho. As autoras concluíram haver a necessidade de um preparo desses profissionais desde o início de sua formação até a sua trajetória profissional, auxiliado por profissionais especializados a fim de motivar o crescimento pessoal e profissional desses. Além disso, a instituição precisaria garantir condições mínimas de trabalho a fim de motivar os profissionais a desempenharem seus papéis com qualidade, dedicação e respeito à dignidade humana.

O trabalho de Pedro e Funghetto (2005) é o que mais se aproxima de nossa perspectiva, pois buscou entender as concepções de cuidado para quinze cuidadores de crianças hospitalizadas com câncer no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esses profissionais eram membros de uma equipe atuante em Oncologia Pediátrica, sendo 4 enfermeiras, 5 técnicos de Enfermagem, 1 médico; 1 nutricionista; 1 assistente social; 1 psicóloga; 1 pedagoga e 1 recreacionista. Os critérios de inclusão dos participantes foram o tempo de atuação dos profissionais de, no mínimo, um ano na Unidade, disponibilidade e manifestação espontânea de desejo de participar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com informações coletadas por meio de uma entrevista semiestruturada e submetidas à análise de conteúdo, além de anotações de diários de campo dos pesquisadores. Os resultados indicaram que as concepções de cuidado foram de ação, vínculo, presença, sentimentos e promoção do desenvolvimento pessoal e espiritual. A experiência de atuar nessa área e os resultados do estudo indicaram que, para cuidar de crianças com câncer, é preciso conhecer como ocorre o seu processo de desenvolvimento e crescimento; além de uma concepção de cuidado mais abrangente e reflexivo (mais que técnica), ou seja, que envolva a dimensão emocional das crianças e de suas famílias.

Paro e colaboradores (2005) estudaram a respeito do enfermeiro e do cuidar em Oncologia Pediátrica ao buscar identificar o conhecimento e as reações de enfermeiros contratados no serviço de Pediatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, frente ao cuidar de crianças com câncer. Os participantes desta

pesquisa qualitativa exploratória foram 17 enfermeiros do setor de Pediatria deste referido hospital. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista com roteiro semiestruturado seguido pela transcrição integral, leitura exaustiva dos dados, classificação e análise dos dados através de três subtemas: 1) percepções e sentimentos relacionados à Oncologia Pediátrica; 2) direcionamento da equipe para prestar cuidados à criança oncológica e 3) atividades de cuidar/cuidados destinados às crianças oncológicas. Os resultados apontaram que esses cuidadores apresentam limitações para enfrentar situações de estresse (morte de crianças) e julgam precisar de suporte emocional para elaborar esse luto e lidar com a incompatibilidade do câncer na infância. Os autores sugeriram a necessidade de uma estrutura hospitalar que ofereça recursos de apoio e segurança; revisão de conhecimentos técnicos e atividades de enfermagem oncológica; e informações sobre a evolução de crianças atendidas, afim de que sentimentos negativos e incertezas sobre a efetividade do tratamento sejam reduzidos em prol de um cuidado eficaz, humanizado. (Paro et al, 2005, p.151). Os dados sugeriram que o conjunto de experiências de vida, valores, crenças e estigma cultural também fazem parte da prática dessas 17 enfermeiras, ou seja, elas utilizaram um conhecimento que vai além dos aspectos anatômicos e fisiológicos. Para elas, o câncer infantil associa-se a ideias antecipadas de sofrimento, complicações e morte, e também à incompatibilidade do tema com a infância. Além disso, as entrevistadas relataram a importância da sensibilidade da equipe e o uso de linguagem simples para facilitar o tratamento e desenvolver a confiança dos pacientes. Destacaram-se o relato de desgaste emocional, a carência de maior preparo técnico e os preconceitos como fonte de sofrimento desses profissionais.

Gargúlo e colaboradores (2007) discutiram sobre as *vivências do cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas*. Nessa pesquisa o objetivo foi analisar a percepção de enfermeiras sobre o significado do processo do cuidar dispensado ao paciente portador de câncer na cidade de Juiz de Fora-MG. Os participantes foram dez enfermeiras de duas instituições hospitalares desse município por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, gravação e transcrição. Os dados foram analisados a partir das seguintes

unidades de significado: 1) significados do cuidar: a dimensão emocional, a terminalidade e a fé; 2) sistematização da assistência: uma estratégia de aplicação do conhecimento no cotidiano do cuidar. Os resultados indicaram a presença de um cuidar holístico e humanizado, o sofrimento e a sensação de impotência das enfermeiras diante da morte, a presença da fé como suporte de seu agir e o interesse em atualizar-se científica e tecnologicamente. As vivências do cotidiano profissional foram perpassadas por características essencialmente femininas na relação estabelecida com a clientela das duas instituições. Os profissionais relataram a importância do toque e dos gestos de carinho para ajudar o cliente em seu bem-estar, gerar melhor qualidade de vida durante o tempo de vida que ele tiver.

Ramalho e Nogueira-Martins (2007) investigaram as vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia mediante uma investigação do discurso psicoocupacional de trabalhadores da Oncologia Pediátrica de uma clínica de Oncologia Pediátrica de um hospital público de São Paulo. Eles entrevistaram nove trabalhadores dessa clínica por meio de amostra proposital e entrevistas semiestruturadas. Os entrevistados foram 2 médicos, 1 secretário 1 psicólogo, 1 farmacêutico, 1 enfermeiro e 3 auxiliares de enfermagem. Os resultados indicaram que as principais fontes de estresse desse tipo de trabalho são as dificuldades de organização do trabalho, a falta de reconhecimento do trabalho, as falhas na coordenação do grupo de trabalho, as características da doença e de seu tratamento e a morte de crianças, dentre outros. Concluíram que é indispensável criar intervenções institucionais de capacitação voltadas para todos os profissionais envolvidos na Oncologia Pediátrica a fim de que estes possam lidar com os aspectos subjetivos de sua atividade assistencial, prevenindo-se contra o *burnout* (síndrome de exaustão generalizada). E, quando isso não for possível, caberia aos gestores providenciar suporte e supervisão adequados para o cuidador interno realizar sua tarefa. Tais sugestões, apesar de não se restringirem aos psicólogos da área, apontam uma lacuna merecedora de atenção, que se traduz pela ausência de aprofundamento de estudos específicos, que levem em conta o psicólogo, que representa o profissional legalmente habilitado para lidar/trabalhar com os aspectos subjetivos da prática assistencial.

E, por último, no ano de 2008, Rodrigues e Chaves (2008) estudaram os fatores geradores de estresse e estratégias de *coping* em 77 enfermeiros oncológicos de cinco enfermarias de hospitais localizados em São Paulo. Esse estudo foi de caráter descritivo-exploratório quantitativo e contou com os seguintes procedimentos: inventário de dados demográficos e inventário de estratégias de *coping* de Lazarus e Folkman, os quais foram processados/analísados no programa excel 2002. Os dados apontaram que os fatores geradores de estresse nos enfermeiros da Oncologia eram: a morte dos pacientes (28,6%), as situações de emergência (16,9%), os problemas de relacionamento dentro da equipe de enfermagem (15,5%) e as situações ligadas ao processo de trabalho (15,5%). A estratégia de *coping* mais utilizada foi a de reavaliação positiva. Os autores concluíram que os resultados sugerem a necessidade de realizar novos estudos com enfermeiros, que trabalham em Oncologia para avaliar as correlações entre estratégias de *coping* e variáveis como personalidade, experiências anteriores, apoio social, além dos fatores implícitos no uso das estratégias de *coping*. O mais estressante foi a morte dos pacientes (28,6%), situações de emergência (16,9%), problemas de relacionamento com a equipe de enfermagem (15,5%), situações no processo de trabalho (15,5%). Vale salientar, contudo, que esse estudo não foi realizado com profissionais específicos da Oncologia Pediátrica.

Diante do exposto, propomos como **problema de pesquisa** investigar e compreender a seguinte questão: como ocorre a prática de psicólogos em Oncologia Pediátrica na cidade do Recife-PE? Como concebem o cuidado em suas práticas? Quais as implicações/repercussões dessas concepções de cuidado em suas práticas? Como essas concepções de cuidado podem contribuir para a tematização do saber-fazer no setor de alta complexidade em saúde? Que avaliações podem ser realizadas com base na prática desenvolvida?

3. OBJETIVOS

3.2. OBJETIVO GERAL: Compreender a (s) prática(s) de psicólogas em serviços de Oncologia Pediátrica da cidade do Recife-PE

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Cartografar e tematizar a atuação dos psicólogos em equipes de OP em Recife-PE;
- Descrever quais são e como se configuram as concepções de cuidado dos psicólogos da OP em Recife-PE;
- Compreender as implicações das concepções de cuidado para o saber-fazer cotidiano.

4. REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

4.1. A PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL

(...) uma grande contribuição da Psicologia fenomenológico existencial é a de evitar que a Psicologia se afogue num mar de teorias que perderam o contato com o cotidiano e com a experiência mesma do existir humano. Isto porque para Fenomenologia apenas o que pode ser visto ou experimentado é real. A verdade da existência não é atingida por um exercício intelectual; ela é revelada ou desvelada nos próprios fenômenos. (Gonçalves, Garcia, Dantas & Ewald, 2008, p.431)

Para delinear brevemente a percurso de consolidação da perspectiva Fenomenológica existencial em Psicologia, realizaremos uma breve explanação de suas origens, características, concepção de homem e pressupostos epistemológicos, além de seus representantes teóricos. Para tanto, partiremos e nos apoiaremos na ideia de matrizes psicológicas de L.C.Figueiredo (1991). Tal escolha justifica-se por este autor apresentar uma compreensão que vai além das teorias e sistemas psicológicos, nos ajudando a esclarecer a perspectiva Fenomenológica existencial, que segundo Barreto (2006) tem sido confundida com a Psicologia humanista, com a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e com a Gestalterapia (GT).

Ao discorrer sobre o percurso histórico de desenvolvimento da Psicologia como ciência independente e suas diversas propostas teórico-metodológicas consolidadas ao longo de cem anos, L.C.Figueiredo (1991) organizou o pensamento psicológico a partir de três grandes matrizes: científicistas, românticas e pós-românticas.

As matrizes científicistas advêm das ciências naturais e tendem a desconhecer a especificidade do objeto de estudo da Psicologia em favor de uma “imitação” dos modelos dessa área. Sendo assim, a Psicologia acaba se diluindo no modelo metafísico, podendo tornar-se uma disciplina biológica (Moreira, 2009). Essas matrizes priorizam e partem do pressuposto que existe uma verdade a ser alcançada por intermédio da razão e de um método científico; sua meta é atingir a

ordem natural e comportamental dos fenômenos psicológicos, congregando o Funcionalismo e o Comportamentalismo.

Já as matrizes românticas e pós-românticas consideram a Psicologia como ciência independente ao legitimar que seu objeto de estudo envolve atos e vivências humanas acompanhadas por seus significados. Essas matrizes congregam ainda três outras submatrizes: a *vitalista* e a *naturista* (na qual se inserem a Psicologia Humanista, a Bioenergética, a ACP, e a GT) e as *compreensivas* (onde se inserem a Fenomenologia, o Historicismo Idiográfico e o Estruturalismo). Essas matrizes questionam a insuficiência dos métodos das ciências naturais para o estudo dos fenômenos psicológicos e privilegiam o estudo da experiência. L.C.Figueiredo (1991) ressalta que apenas o historicismo idiográfico pode ser definida como uma matriz romântica; as demais possuem uma inclinação pós-romântica ou antiromântica. Contudo, o elemento que unifica essas três submatrizes é a ênfase na experiência humana e em sua compreensão num dado contexto cultural.

O foco dessa pesquisa reside na Fenomenologia Existencial; mas antes de elucidarmos tal perspectiva e suas características, convém ressaltar, de um modo mais geral, o campo da Fenomenologia e suas incidências na Psicologia.

L.C.Figueiredo (1990) caracteriza a Fenomenologia como *um dos coroamentos da tradição filosófica racionalista, iluminista e, portanto, anti-romântica* (p. 33) que tenta superar o Cientificismo e o Historicismo. Já Penna (1997) nos ajuda a diferenciar a Fenomenologia da Fenomenologia Existencial.

A Fenomenologia foi fundada por Edmund Husserl (1859-1938) e a proposta da Fenomenologia Existencial advém de seu discípulo Martin Heidegger (1889-1976). Em Husserl, a Fenomenologia surge como uma crítica à legitimação naturalista do conhecimento que se “voltava às coisas mesmas” no intuito de alcançar a essência dos fenômenos por meio da redução eidética/transcendental. Já em Heidegger, isso é descartado. Parte-se da ideia de que homem e mundo co-existem, e o questionamento do Ser se dá através de uma compreensão

ontológica, enfatizando-se o trânsito por entre a angústia e a insegurança do Ser e não pela conceituação e representação próprias da Metafísica⁴.

Vale ressaltar que a Fenomenologia não pode ser compreendida apenas como uma escola filosófica entre outras, mas também como uma metodologia de conhecimento. Para a Fenomenologia há uma coincidência entre ser (presença constante) e aparência e não entre ser e ideia, ou seja, o ser que se busca é manifesto nos modos-de-ser-no-mundo e não como uma mera coisa em si separada do mundo. Essa é uma diferença fundamental entre a orientação Metafísica e a Fenomenologia⁵.

Delinearemos, pois, de forma sucinta, nossa trajetória teórica. Com isso, visamos construir um diálogo entre a perspectiva da Psicologia Fenomenológico Existencial e a Ontologia⁶ Hermenêutica de Martin Heidegger, bem como suas contribuições para o tema pesquisado.

Falar em uma perspectiva ou abordagem fenomenológico existencial em Psicologia nos remete inevitavelmente ao campo da Filosofia. Desse campo, brotaram as principais fontes de inspiração para o surgimento da Psicologia. Contudo, a consolidação da Psicologia dita científica só foi possível no século XIX com a separação da Filosofia e incorporação do modelo das ciências naturais.

⁴ **Metafísica** vem de uma expressão grega e significa "as coisas depois da física", atribuída pelos editores de Aristóteles à obra em que trata da "primeira Filosofia". Metafísica passou a significar "ir além das coisas físicas, naturais, dos entes". Nesse sentido Heidegger critica a Metafísica por ser uma ciência que estuda os entes, mas não o Ser. (Inwood, 2002).

⁵ **Fenomenologia.** Etimologicamente a palavra fenômeno vem da expressão grega *phaionomenon* derivada do verbo *phainesthai*, o qual significa: mostrar-se, vir à luz. A Fenomenologia designa um método de investigação que estuda como o homem percebe aquilo que se mostra e como dá sentido às experiências Fenomenologia é uma palavra que deriva de dois vocábulos gregos. "Fenômeno" significa aquilo que se mostra; não somente aquilo que se aparece ou parece. "Logia" deriva da palavra logos, que para os gregos tinha muitos significados: palavra, pensamento. (Bello, 2006, pp.17-18)

⁶ **Ontologia** significa o estudo do que é, do que existe, ou seja, é a investigação sobre a questão do Ser. Enquanto que Hermenêutica refere-se à possibilidade de interpretação/apropriação dos sentidos que emanam da questão do ser. Ôntico designa os fenômenos perceptíveis sensorialmente, refere-se à instância dos fatos que englobam objeto, coisas e entes dotados do ser da pre-sença (todos os humanos). Já ontológico refere-se ao ser do humano.

Mesmo Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920) tendo apresentado uma proposta de Psicologia como ciência intermediária entre as ciências naturais e as ciências sociais, predominou a influência das ciências da natureza, cuja principal meta era “atenuar” as interferências da subjetividade na prática científica. Mais tarde, isso fez surgir um verdadeiro paradoxo: se por um lado a Psicologia precisava “adaptar-se/ajustar-se” ao paradigma positivista vigente para alcançar *status* científico; por outro lado, ela teve de lidar com uma questão delicada que envolvia eleger um objeto próprio de estudo (no caso, a subjetividade) para diferenciar-se das demais ciências e ao mesmo tempo, tinha de “neutralizar tal subjetividade” o tanto quanto possível, a fim de alcançar independência, reconhecimento e destaque na comunidade científica. Vale ressaltar que, ainda hoje, grande parte da ciência é regida pelo paradigma positivista cartesiano que busca a essência das coisas sob a inspeção da “suposta neutralidade” e separação entre sujeito e objeto.

Com isso, segue a história da ciência psicológica que se constitui a partir de um verdadeiro campo de dispersão de saberes e de uma multiplicidade de abordagens teóricas. Como exemplo, Goto (2008) nos esclarece tal questão:

pela própria história da Psicologia científica, vemos que esta possui várias escolas e abordagens, muitas delas com o mesmo objeto, mas com resultados e propostas diferentes. Assim, a Psicologia ao mesmo tempo em que alcançou o lugar de ciência, tem seu lugar problematizado pelo fato de não ter chegado epistemologicamente a uma conclusão metodológica que garantisse a sua comprovação científica. (p.176)

Ao se contemplar o percurso de consolidação da Psicologia, somos irremediavelmente lançados as suas diversas correntes de pensamento atravessadas pelas matrizes psicológicas anteriormente discutidas. Nesse caso, recordaremos por meio de uma breve descrição, o campo da Psicologia Fenomenológica e da Psicologia Fenomenológica Existencial, além de outras incidências na Psicologia que costumam serem confundidas com essas por carregarem consigo influências do Humanismo e da Filosofia Existencial.

Sendo assim, iniciemos com a Psicologia Humanista. Essa corrente despontou nas décadas de 30 e 40 a partir do movimento humanista, influenciando alguns psicólogos descontentes com as abordagens teóricas vigentes naquela época (psicanálise e o Comportamentalismo). Contudo, é somente na década de 50 do século XX que a Psicologia Humanista obteve seu reconhecimento a partir de seus iniciadores: Gardner Murphy (1895–1979), Gordon Williard Allport (1897-1967), Abraham Maslow (1908-1970) e Carl Ranson Rogers (1902-1987). Tais autores começaram um movimento chamado de “terceira força” em Psicologia em resposta aos rumos deterministas que a Psicologia Moderna vinha tomando ao afastar o homem do foco de suas discussões. Além disso, criticavam a noção de psiquismo tomada pelas duas primeiras forças (behaviorismo e psicanálise) e a ênfase demasiada nas patologias. (Buys, 2007; Feijoo, 2009).

De todos esses teóricos citados, Rogers destacou-se como um dos expoentes principais da Psicologia Humanista nos Estados Unidos, lançando um olhar sobre o humano a partir de sua própria experiência profissional no atendimento clínico a crianças, adultos e grupos. Além disso, lutou para que psicólogos americanos pudessem exercer psicoterapia e inaugurou a pesquisa sobre este campo na Psicologia. Sua Abordagem Centrada na Pessoa ou Centrada no Cliente nos fala de uma perspectiva que obteve destaque, dada sua contribuição para a Psicologia Humanista. Sua forma de compreender o homem perpassa a ideia de que este é voltado para o crescimento e tende a desenvolver seus potenciais na presença de três condições facilitadoras: 1) autenticidade ou congruência; 2) aceitação positiva incondicional e 3) compreensão empática. Portanto, a ACP parte da concepção de um homem ativo voltado para a atualização de seus potenciais inatos.

Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autoconhecimento e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima passível de definição, de atitudes facilitadoras (...) A abordagem centrada no cliente baseia-se na confiança em todos os seres humanos e em todos os organismos. (Rogers, 1983, pp.38- 39)

Apesar de Rogers ter ressaltado a importância da subjetividade, o resgate da experiência como 'autoridade suprema' e a crença otimista no crescimento humano, mesmo assim fora criticado em suas raízes epistemológicas. Feijoo (2009), por exemplo, fez a seguinte análise de sua perspectiva:

essa proposta nos seus pressupostos mantém a separabilidade homem-mundo com a ideia de um eu autêntico, que se localiza no interior do indivíduo como potencial e tendência a atualização e um eu inautêntico que se estabelece pelo impacto de um meio dificultador da expressão autêntica. (p.53)

Não obstante, destacamos que essa discussão não constitui a tônica desta pesquisa. Por isso, continuaremos apresentando o cenário humanista da Psicologia. Outro autor que se destacou nessa esfera foi Abraham Maslow, que partiu de uma concepção de homem, que busca se auto-realizar e satisfazer suas necessidades. Para ele, isso acontece de forma hierárquica. Primeiro, o homem realiza as necessidades mais básicas (fome, sede e sexo), para depois satisfazer as necessidades de segurança (moradia), necessidades sociais (relacionamentos) e necessidades de estima (ser valorizado e amado), e por último, ocorreria a autorealização.

Maslow rejeitou a posição positivista e naturalista do behaviorismo e assumiu uma posição humanista, concebendo o homem como pessoa e não como objeto ou fato determinado pelas leis do meio. Da Psicanálise, critica a fragmentação e causalidade do psiquismo bem como o seu funcionamento por meio de mecanismos defensivos. (Feijoo, 2009). Ao longo dos anos dedicou-se à Psicologia Humanista e ao movimento dos potenciais humano, tendo influências dos seguintes teóricos, tais como dos médicos Alfred Adler (1870-1937) e Kurt Goldstein (1878-1965), do psicanalista Erich Fromm (1900-1980), dos psicólogos Harry Harlow (1905-1981) e Max Wertheimer (1880-1943), além da antropóloga Ruth Benedict (1887-1948).

Para ilustrar as contribuições de Maslow (1962) e seu ponto de vista sobre a Psicologia Humanista, transcrevemos abaixo um trecho de uma de suas obras:

Devo confessar que acabei pensando nessa tendência humanista da Psicologia como uma revolução no mais verdadeiro e mais antigo sentido da palavra, o sentido em que Galileu, Darwin, Einstein, Freud e Marx fizeram revoluções, isto é, novos caminhos de perceber e de pensar, novas imagens do homem e da sociedade, novas concepções éticas e axiológicas, novos rumos por onde enveredar. Esta terceira Psicologia é agora uma faceta de uma *Weltanschauung* geral, uma nova Filosofia da vida, uma nova concepção do homem, o começo de um novo século de trabalho (isto é, se conseguirmos sustar, entretentes, um holocausto). Para qualquer homem de boa vontade, qualquer homem “pró vida”, há um trabalho a ser feito aqui, efetivo, probo e eficaz, satisfatório, que pode proporcionar um significado fecundo à nossa própria vida e à dos outros. Essa Psicologia *não* é puramente descritiva ou acadêmica; sugere ação e implica consequências. Ajuda a gerar um modo de vida, não só para a própria pessoa, dentro da sua psique particular, mas também para a mesma pessoa como ser social, como membro da sociedade. De fato, ajuda a compreender até que ponto esses dois aspectos da vida estão realmente relacionados entre si. Fundamentalmente, a pessoa que fornece a melhor ajuda é a “boa pessoa”. Quantas vezes, tentando ajudar, a pessoa doente ou inadequada causa, pelo contrário, sérios danos. Devo também dizer que considero a Psicologia Humanista, ou Terceira Força da Psicologia, apenas transitória, uma preparação para uma Quarta Psicologia ainda “mais elevada”, transpessoal, transumana, centrada mais no cosmo do que nas necessidades e interesses humanos, indo além do Humanismo, da identidade, da individuação (pp.10-11)

Como o Humanismo⁷ é um movimento muito amplo que procura apreender o homem naquilo que o distingue de todos os demais, isso abre espaço para que a Psicologia humanista não possua um corpo teórico próprio, chegando a reunir várias linhas de pensamento (Erthal, 1986/1989; Buys, 2007) e a congregar ideias da Filosofia Existencialista.

Diante disto vemos que a Filosofia Existencialista, apesar de possuir pontos divergentes do Humanismo, foi incorporada em algumas discussões da Psicologia humanista, tendo em vista alguns pontos de convergência. Sendo assim, se faz necessário destacar pelo menos alguns desses pontos. Erthal (1989) comenta que, nas duas correntes, o homem é visto como fonte e centro de valores que está em permanente fluxo, como uma forma de superar a si mesmo.

⁷ **O humanismo** surgiu no renascimento entre os séculos XIV e XV e designa um conjunto de doutrinas que tratam a respeito da origem, natureza e destino do homem. É uma Filosofia que se concentra nos meios humanos de compreender a realidade e de buscar o conhecimento, considerando o homem como um ser valioso, centro de seus estudos e preocupações filosóficas (PEREZ, 2004)

Concordam que há uma direção para o crescimento e para a relação com seus pares. Outros princípios comuns às duas correntes são a confiança na capacidade de escolha do indivíduo, seu crescimento, responsabilidade pelas ações e envolvimento com as mesmas. E quanto aos pontos divergentes, a autora salienta que no Humanismo prevalece a concepção positiva do homem voltado para uma tendência inata ao crescimento e desenvolvimento de potencialidades. Já o Existencialismo se mantém numa postura menos “otimista” ao ver o homem como ser responsável pelas suas escolhas, além de tratar, mais especificamente, de temas como angústia e morte.

Embora as ideias de Erthal (1989) e de Greening e seus colaboradores (1975) circulem em torno de certo hibridismo entre a Psicologia Humanista e a Psicologia Existencial. Vale ressaltar que essa é uma questão epistemológica polêmica na Psicologia que ultrapassa o foco desta pesquisa. Por isso, não iremos nos deter em tal impasse. No entanto, citamos um posicionamento de Feijoo (2009) que nos aproxima desse impasse na tentativa de esclarecê-lo:

Parece que o modo como estas Psicologias tentam resolver a questão da determinação psíquica e sua fragmentação fracassa, já que acabam por reincidir nas questões por ela criticadas, uma vez que mantêm os pressupostos metafísicos que pretendiam combater: a substancialização do sujeito e a premissa da possibilidade de saber o que lhe faz bem ao homem. Logo há uma determinação daquilo que faz bem ao homem, ou seja, defender sua humanidade e de que há um homem e que se pode definir o que ele é e como deve ser. (p.53)

Convém, agora, explicitar o Existencialismo em favor de uma compreensão mais precisa de seus contornos. Antes disso, mencionaremos conforme Casanova (2009) as origens da palavra existência: *existir provém de ek-sistir, que significa literalmente ser para fora.* (p.90)

A Filosofia Existencialista surgiu em meados do século XIX e início do século XX como reação ao Idealismo Hegeliano e a partir das ideias de seus precursores Soren Kierkegaard (1813-1855) e Friedrich Nietzsche (1844-1900), tendo seu apogeu na época da segunda guerra mundial. Kierkegaard, apesar de ser um dos pioneiros, trouxe discussões sobre problemáticas como o subjetivismo, o sentido da existência, a angústia, o tédio, a morte, a melancolia, a liberdade, dentre outros. Tais discussões tinham como foco o homem concreto

em sua singularidade. E, mais contemporaneamente, encontramos outros filósofos com ideias distintas. Para esclarecer tal questão, recorreremos a Giordani (1997):

Em Heidegger, Marcel e Sartre notamos claramente a influência do método fenomenológico de Husserl embora não participem da tese de Husserl, nem sequer de sua posição fundamental. Também a chamada Filosofia da vida influi poderosamente no Existencialismo: Bergson, Nietzsche e Dilthey, sobretudo representam outras tantas influências decisivas para os existencialistas. (pp.15 - 16)

O Existencialismo enquanto doutrina ético-cultural e literária, re-surgiu como movimento filosófico no período entre as duas guerras mundiais, difundindo-se nos Estados Unidos e na Europa, sobretudo na Alemanha e na França. De um modo geral, o Existencialismo, segundo Giordani (1997), nos alertou para a existência humana como algo diferente de tudo o que existe no mundo e também para os problemas cotidianos que afligem o homem, valorizando a sua realidade subjetiva. Ainda nesse sentido:Giordani (1997) esclarece:

O Existencialismo representa, até um certo ponto, uma sadia reação demonstrando que nem tudo é abstração e razão, que a vivência, a experiência, a intuição e até mesmo o irracional têm também seu lugar no ser humano. (pp. 133-134)

Martin Buber (1878-1965), Karl Jaspers (1883-1969), Gabriel Marcel (1889-1973), Edmund Husserl (1859-1938), Jean Paul Sartre (1905-1980), Simone de Beauvoir (1908-1986) e Albert Camus (1913-1960) tiveram grande importância no Existencialismo francês, sendo influenciados por Kierkegaard e pelo método fenomenológico. Já Martin Heidegger não influenciou o Existencialismo, mas desenvolveu uma Ontologia do sentido do ser.

No Existencialismo, a essência não determina o homem e sua premissa básica é que "a existência precede a essência." (Sartre, 1989). O homem é um eterno "vir a ser" que não possui uma essência, pelo contrário, ele é quem se constrói na medida em que existe e escolhe. O homem é visto como um ser livre

para escolher e conseqüentemente, responsável por suas escolhas. O passado não é garantia do presente e nem tampouco do futuro. Diante disso, a angústia é inevitável.

A incidência do Existencialismo na Psicologia fez surgir uma nova proposta chamada de Psicologia Existencial preconizada pelo psicólogo americano Rollo May (1909-1994) em oposição às explicações teóricas abstratas de inspiração científico-natural. Suas obras foram associadas à Psicologia Humanista, mas traziam diferenças dessa corrente, pois utilizava alguns conceitos filosóficos advindos das obras de Kierkegaard e Nietzsche. Além disso, organizou a obra 'Psicologia Existencial', a qual se tornou um clássico que congregava diversos autores da área. Segundo Rollo May a Psicologia Existencial consiste em uma atitude que impregnou quase todos os ramos de terapia na América. Assim, o ponto de vista existencial requer um esforço para compreender a experiência humana, focando na pessoa existente, emergente, em evolução. (May, 1988). Em suma,

O Existencialismo é uma atitude, uma abordagem dos seres humanos, não uma escola ou grupo especial. Também não é um sistema de terapia, embora lhe dê subsídios relevantes. Não é um conjunto de técnicas, embora possa dar-lhes origem. É antes uma preocupação em compreender a estrutura do ser humano, e sua experiência, à qual deve, em maior ou menor grau, estar subordinada toda a técnica. (May, 1988,p.21)

Para Feijoo (2009) Rollo May foi influenciado pelo movimento Humanista Americano e pelo Existencialismo Europeu. do Humanismo, herdou a ênfase na totalidade e singularidade da pessoa e do Existencialismo, adotou o estudo de temas como liberdade, responsabilidade e angústia. Assim, a Psicologia sofre influências diretas desses dois modos de se pensar o humano. Exemplo disso é dado por Lessa e Sá (2006) ao afirmarem que a Psicologia Existencial prioriza a existência concreta do humano, ultrapassando concepções teóricas que são muitas vezes abstratas e distantes da realidade de um contexto na qual o psicólogo está inserido.

Os conceitos fundamentais do Existencialismo giram em torno de temas como liberdade, escolha, responsabilidade, angústia, solidão, morte, sentido da vida, autenticidade e inautenticidade, subjetividade. Assim, o Existencialismo aproxima a Psicologia de uma reflexão que remonta a sua fonte que é a Filosofia, anunciando um novo jeito de abordar a experiência humana a partir da concretude cotidiana.

Vale ressaltar que o Existencialismo não é apenas uma doutrina filosófica, mas uma atitude enraizada no interior do homem que mostra uma ligação primordial da existência com a coexistência, bem como a possibilidade de isolamento do humano. Articula-se com a tradição filosófica ao afirmar o valor do presente e das escolhas. Nas palavras do filósofo Abbagnano (2006):

O Existencialismo parte justamente do concreto, do eu individualmente existente, de mim mesmo enquanto busco e pergunto. Para o Existencialismo o filosofar é decisão que diz respeito a minha atitude, a minha relação real e concreta com o ser. (p.43)

Na compreensão de Sá (2010), apesar de reunir um conjunto de doutrinas, segundo as quais _ a Filosofia tem por objetivo, a análise e a descrição de temas da existência,

o Existencialismo nunca se constituiu como um sistema filosófico estruturado, valorizando antes, o próprio filosofar enquanto atitude permanente de estranhamento e interrogação do sentido. (Sá, 2007 p. 322)

Isso corrobora com a visão do filósofo Jolivet (1953) ao argumentar que

há várias formas de Existencialismo que, à primeira vista, parecem contradizer-se, e, por outro, a própria ideia de Existencialismo reveste, por sua vez, múltiplas significações, em que o essencial e o acidental andam de maneira tão misturados que são aparentemente indiscerníveis. (p.3)

Feijoo (2009) nos aponta que alguns existencialistas recorreram ao método fenomenológico como uma forma de suspender qualquer juízo a priori do que seja o homem, partindo da premissa de que homem e mundo são inseparáveis.

Agora, com o devido esclarecimento acerca do Humanismo e do Existencialismo e de suas incidências no campo psicológico, ilustraremos um pouco de como a Psicologia foi incorporando a Fenomenologia em seu campo teórico-prático.

A Fenomenologia é antes de tudo, uma possibilidade de interpretação do real, que trilhou um caminho particular em direção a uma metodologia que a diferenciava da Psicologia, e ao mesmo tempo, estabeleceu conexões com a mesma. (Goto, 2008). E no tocante a essas nuances, a Fenomenologia surge em contestação ao método experimental positivista. Desde sua aparição em 1900, a Fenomenologia esteve presente em muitas tendências filosóficas (Lambert, Hertz, Kant, Hegel, Teilhard, Chardin, dentre outros) e desmembrou-se em várias definições. Mas é somente a partir da Fenomenologia Transcendental de Husserl e mais tarde, de sua analítica intencional, que a Psicologia Fenomenológica inicia seu legado. Sua proposta foi uma tentativa de fazer a Filosofia adquirir o estatuto da razão absoluta e de conferir bases para as ciências positivistas, fundamentando o conhecimento e a Fenomenologia como uma espécie de “positivismo superior” (Dartigues, 2008). Além disso, a crise das ciências e da Psicologia anunciada por Husserl, e que persiste até hoje, contribuiu para o surgimento da Fenomenologia. Tal crise é marcada pela tentativa de conciliar a objetividade com a subjetividade, ou seja, em buscar ser uma verdadeira ciência da subjetividade conforme discutimos anteriormente (Goto, 2008).

O contexto de surgimento da Fenomenologia foi marcado por limitações teóricas e metodológicas, uma vez que naquela época não havia propostas que abrangessem a subjetividade na origem do seu sentido. Foi somente com a crise da razão e com o descrédito científico amargado pela Filosofia que Husserl propôs o método fenomenológico baseado na “volta às coisas mesmas” numa tentativa de deixar ver por si mesmo o que aparecia na experiência, ou seja, sua

ênfase recaía na intuição como elemento essencial da atitude filosófica (Sá, 2007). Segundo Zilles (2008):

A Fenomenologia pretende ser ciência das essências e não dos fatos. É ciência de experiência, que descreve os universais que a consciência intui quando lhe apresentam os fenômenos. (p.19)

O próprio Husserl (2008) argumentou sobre a importância da Fenomenologia para a investigação científica, e mais especificamente, para a Psicologia. Na obra “A Crise das Ciências Européias”, ele critica o Objetivismo Científico e denuncia a crise das ciências européias. Para tanto, propõe como alternativa, a Fenomenologia enquanto ‘Filosofia primeira’ e método, por meio da qual o conhecimento passa a ser construído em referência à subjetividade e não mais restrito ao projeto racional.

Goto (2008), ao comentar sobre a Fenomenologia Husserliana, assinala que:

A fórmula inicial da Fenomenologia não tem a pretensão de negar o conhecimento construído na ciência e na Filosofia, apenas requer para si o direito de excluir qualquer perspectiva teórica sobre as coisas para que se possa ir espontânea livremente até elas (...) em favor da eliminação dos prejuízos e preconceitos. (p.74)

Barreto (2006) nos diz que a Fenomenologia foi se constituindo não apenas como um método, com procedimentos e instrumentais definidos, mas como proposta diluída na obra de seus pensadores — Edmund Husserl, Emanuel Lévinas (1906-1965), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), Heidegger e Paul Ricoeur (1913-2005). Enquanto que Husserl assinala que a Fenomenologia designa a ciência dos fenômenos, aquela que investiga o que aparece à consciência em todas as suas significações possíveis.

Concordamos com a visão de Goto (2008) ao afirmar que a Psicologia Fenomenológica proposta por Husserl continua obscura e sem desenvolvimento pleno, necessitando de maiores esclarecimentos. Segundo Penna (1997):

Husserl acredita ter descoberto uma consciência (a transcendental) que não reside no mundo (não é parte dele) mas é inteiramente independente da consciência empírica, do mundo empírico, da Psicologia humana, da biologia e da história. (p.80)

Apesar disso, muitas ideias de uma Fenomenologia “pura” Husserliana contribuíram para a emergência de Fenomenologias da percepção, da religião, das relações interpessoais e dos transtornos psicológicos (Sá, 2007).

Diante dessa breve explanação da Fenomenologia Husserliana, faz-se necessário elucidar discussões a respeito da Fenomenologia Existencial de Martin Heidegger, realçando aspectos convergentes e divergentes dessas propostas. Partindo da Fenomenologia Hermenêutica⁸ ou Analítica Existencial Heideggeriana, buscaremos avançar na interpretação ontológica do existir humano e de seus desdobramentos na consolidação da Psicologia Fenomenológica Existencial.

A partir de 1909, Heidegger se interessou pela Fenomenologia de Edmund Husserl. Segundo Sá (2010):

Sua fascinação e inquietude pelos escritos de Edmund Husserl _seu professor e fundador do método fenomenológico - culminaram no abandono do estudo teológico e dedicação à Filosofia. A partir da leitura de “Investigações Lógicas” de Husserl, compreendeu que o mostrar-se dos fenômenos poderia ser considerado como o redescobrimto do traço fundamental do pensamento grego: *alétheia* (desvelamento). (p. 2)

Isso traz à tona uma verdadeira ruptura com o modo de pensar metafísico, já que Heidegger parte do cotidiano e não de conceitos abstratos para gerar conhecimentos acerca da existência humana. Para ele, o homem não pode mais ser compreendido em termos de mera objetivação, seja ela biológica, psicológica

⁸ **Hermenêutica**- advém do grego *hermeneutikós*, que é derivado do verbo *hermeneuein*, que significa “interpretar”. É um termo derivado da teologia que quer dizer metodologia de interpretação dos textos bíblicos. Seria uma espécie de esforço de interpretação de um texto difícil, que hoje, na Filosofia, se refere à reflexão sobre os símbolos. (Holanda, 2006).

ou sociológica, uma vez que *“o existir humano nunca é um objeto simplesmente dado em algum lugar, muito menos encapsulado em si mesmo.”* (Heidegger 1999, p.33).

Em linhas gerais, Gonçalves, Garcia, Dantas e Ewald (2008) destacaram que a Fenomenologia Existencial Heideggeriana é Hermenêutica, já que:

O sentido que se desvela através do homem, nunca se dá a partir de algum a priori transcendental, ele só é na medida em que se desvela historicamente. Isto porque para Heidegger (2001) o que caracteriza o modo de ser do homem, a existência, é justamente o fato de que seu sentido está sempre em jogo no tempo. (p.431)

Heidegger aproximou-se de Husserl ao lançar mão do método fenomenológico e ao propor passar da descrição pura dos fenômenos para a interpretação dos mesmos. Contudo, Heidegger distanciou-se do uso do método tal como empreendido por Husserl e rejeitou as propostas de redução Fenomenológica, pois essa redução operava com base em uma ‘suposta neutralidade’ que negava e excluía exatamente o que mais interessava a Heidegger: a existência enquanto é no mundo. Assim, Heidegger buscou desenvolver: 1) uma Ontologia que retomasse e aprofundasse a discussão empreendida até então pelos gregos; 2) uma investigação do significado da angústia e 3) uma reflexão sobre o problema da temporalidade (Penna, 1997).

Na visão de Feijoo (2009) a Fenomenologia de Husserl e a Fenomenologia Existencial de Heidegger:

parecem apontar para elementos que possibilitam a edificação de uma Psicologia Fenomenológica existencial, em dois aspectos fundamentais: a atitude antinatural e o ser-aí tal como tomado por Heidegger, para indicar a impossibilidade de dicotomizar homem e mundo. (p.56)

Loparic (2004a) discute sobre os motivos que levaram Heidegger a romper com a Fenomenologia husserliana se deve ao pensamento “objetificador”

husserliano e em sua proposta de apreender a facticidade da vida humana mediante a intuição categorial. Na ótica Heideggeriana, isso deveria ser revisto, pois a *“Filosofia não deve orientar-se unilateralmente nem pela matemática ou ciências naturais nem pela história.”* (Loparic, 2004a p.46)

Para elucidar e sintetizar o que fora discutido até o momento, recordamos Barreto e Morato (2009) ao proporem que diante da fragmentação do campo psi e do pluralismo de abordagens que, foram surgindo ao longo dos anos, o Existencialismo e a Fenomenologia marcaram de formas distintas a Psicologia, a Psiquiatria e as práticas psicológicas, ajudando a configurar a perspectiva fenomenológico-existencial. E como modo de se apropriar dessa perspectiva, elegemos a Ontologia Fundamental de Heidegger, uma vez que a mesma traz questionamentos acerca da insuficiência do conhecimento científico-natural (dominante na Psicologia científica e responsável pela sua crise) para compreender o ser-homem específico. Não se trata de abandonar a ciência, mas de realizá-la refletindo acerca de seus limites (Barreto e Morato, 2009). É isso que buscaremos fazer ao elegermos a Ontologia Hermenêutica Heideggeriana como solo epistemológico.

4.2. A ONTOLOGIA HERMENÊUTICA DE MARTIN HEIDEGGER

A partir da revisão bibliográfica realizado no www.scielo.org com o termo Martin Heidegger vários trabalhos, dentre os quais destacamos 56 artigos produzidos em diferentes países e línguas. Esses exploram a Ontologia Hermenêutica como forma de compreender diversos fenômenos em vários contextos que versam desde a área da saúde até à arquitetura, literatura e artes. Contudo, nosso objetivo não é explorar/descrever tais achados, pois isso fugiria do foco deste capítulo, mas é apenas explicitar a ampla divulgação da Ontologia Hermenêutica de Heidegger na Psicologia e em outras áreas de conhecimento.

Para construção desse capítulo, pesquisamos algumas obras relevantes de Heidegger (*Ser e Tempo, Sobre o Humanismo, Seminários de Zollikon,*

Serenidade, Todos nós...ninguém, O conceito de Tempo) como forma de se discutir ideias que nos ajudem a compreender as temáticas envolvidas nesse processo de investigação.

A vida e as obras de Heidegger repercutiu no âmbito das ciências humanas e da Psiquiatria. Contudo, sua obra de maior destaque foi “Ser e Tempo” (publicada em 1927) por apresentar sua principal preocupação: a questão do ser. Ainda hoje, suas ideias são consideradas originais e críticas da sociedade tecnológica do século XX, mesmo que em alguns momentos tais ideias tenham soado de forma obscura e inacabada para alguns estudiosos e, ao mesmo tempo, relevantes e originais para outros. Tais ideias situam-se no centro das preocupações filosóficas da contemporaneidade ao discutir o sentido do Ser e criticar o paradigma metafísico e seu modelo de ciência:

as ciências naturais colocam condições e verificam no que vão dar. Nós não procedemos assim. (Heidegger, 2001, p.51)

A incursão de Heidegger pela Fenomenologia contribuiu para que abordasse a questão do ser por uma via diferente daquela percorrida pela Metafísica, uma vez que ele

não pergunta o que é o ser, pois tal questão só poderia levar a alguma postulação ôntica, interroga, sim, o seu sentido. O objetivo metafísico de determinar a quiddidade dos entes transforma-se, em Heidegger, numa questão Hermenêutica. (Sá,2010, p 3).

Nessa perspectiva, o conhecimento apóia-se na própria experiência humana do existir e consiste em “*deixar aquilo que se mostra ser visto no próprio modo em que se mostra a partir de si mesmo.*” (Heidegger, 1999, p.44). Com isso, tal proposta nos servirá como uma “lupa” que nos ajudará a re-dimensionar os fenômenos inerentes à pesquisa tal como se apresentam em uma dada temporalidade e historicidade.

Sobre a Metafísica, cujas manifestações mais contemporâneas são a ciência e a técnica/tecnologia, Heidegger argumenta que a Metafísica apreende o real por meio de uma concepção dualística de homem e objeto que visa alcançar apenas uma constatação dos fenômenos e não a abertura para novos questionamentos. Isso pressupõe uma concepção insatisfatória do ser marcada pela fragmentação e cristalização da relações do homem no mundo. (Beaini, 1981)

Ainda nesse sentido, o próprio Heidegger (1967, p.153) afirma: “a *Metafísica não questiona a verdade do Ser em si mesmo.*” Para ele, ente e ser não pertencem a esferas distintas do real, tal como pensa a Metafísica, mas antes são pensados como um todo/uma unidade que constitui a mesma realidade. Assim, vemos que, para Heidegger, importa que libertemos nosso pensamento de fatores condicionantes que o impedem de ir além da investigação do ente. O desafio seria, portanto, construir uma máxima unidade entre ser e ente, de modo a superar o pensamento metafísico e inaugurarmos outro modo de pensar denominado de pensamento originário que consiste em resgatar as fontes do pensamento grego. (Michelazzo, 1999).

Recorremos então a Critelli (2007, p.12) para compreender melhor essa questão da Metafísica e diferenciá-la da Fenomenologia Existencial. A forma de se conceber e de se construir o conhecimento nessas perspectivas são distintas. Ao contrário da Metafísica, a Fenomenologia Existencial leva em conta o caráter de provisoriedade, mutabilidade e relatividade da verdade enquanto características próprias. Assim, o homem não é capaz de conhecer a totalidade dos fenômenos, dada suas condições de manifestação. Portanto, falar em Heidegger e na Fenomenologia enquanto método de conhecimento implica romper com a Metafísica enquanto única forma legítima de conhecimento.

Critelli (2007) comenta que a Metafísica concebe a questão cognitiva apenas sob o prisma do cogito (intelecto, razão), enquanto que a Fenomenologia Heideggeriana trata da questão cognitiva sob a ótica existencial.

(...) enquanto a Metafísica instaura a possibilidade do conhecimento sobre a segurança da precisão metodológica do conceito, a Fenomenologia o instaura

sobre a angústia. (...) Enquanto a Metafísica fala da forma lógica do ser, a Fenomenologia fala dos modos infindáveis de se ser. (p.17).

Almeida (1995) também nos auxilia a diferenciarmos a Metafísica da Fenomenologia Existencial:

A Metafísica apóia-se na relação sujeito-objeto, reduzindo o sujeito ao aspecto epistêmico, o qual instaura seu objeto, através da representação da realidade; já a Fenomenologia elege o próprio modo de ser humano como sua base. Enquanto a Metafísica se atém à logicidade do ser, a Fenomenologia considera modos de ser, tendo o tempo e não o intelecto como horizonte, no qual tudo o que é está num contínuo movimento de patentear-se e esconder-se. Um aspecto importante a ser ressaltado é que, sob a ótica Fenomenológica, a relatividade, deixando de ser um problema, torna-se a própria circunstância de aparição dos entes, implicando na provisoriedade daquilo que vem a ser e que está sendo. (Almeida,1995, p.33)

Segundo Barbosa (1998), a relevância do pensamento heideggeriano se deve à problematização do "ser-em", ou seja, do Ser em coexistência com o mundo, constituindo o que ele denominou de analítica do Dasein (*ser-aí*). O ser é assim como o nada, na medida em que não nos diz algo de concreto, tangível/efetivo e ao mesmo tempo, envolve significados como viver, surgir e permanecer (Michelazzo, 1999).

A fim de esclarecer o que Heidegger chama de ser e de ente, destacamos:

Ente é tudo de que falamos de que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e na realidade no ser simplesmente dado, no teor e recurso, no valor e validade, na pre-sença, no há. (Heidegger, 1999, p.32)

Ser é o possível. Como o elemento, o ser é a força silenciosa do poder que quer, isto é, do possível. (Heidegger, 2009, p.30)

Heidegger questiona os dogmas de universalidade, a impossibilidade de definição e evidência do conceito de ser (Sá, 2010). Traz também questionamentos provocadores de experiências, exigindo um verdadeiro "abandono de opiniões habituais da Filosofia" (Heidegger, 2009). Contudo,

o ser-aí enquanto ente não é passível de demonstração, nem sequer de mostração. A ligação primordial ao ser-aí não é a observação, mas o 'sê-lo'. (Heidegger, 2008, p.41)

Nesta pesquisa, o pensamento heideggeriano nos ajudará a elucidar e a avançar no processo de compreensão do fenômeno investigado sob uma ótica que se aproxima de nossa forma de se conceber os fenômenos humanos, uma vez que traz a questão do Ser até então “esquecida” pela Filosofia ao longo dos séculos. Alguns autores estudiosos de Heidegger, tais como Barbosa (1998, p.3), Michelazzo (1999, p.18) e Sá (2010, p.3) nos ajudam a elucidar essa questão acerca do esquecimento do Ser:

Esse esquecimento se deu em virtude do fato de a tradição Metafísica ter se convertido numa Ontologia da substância, aquela que visualiza o ser em geral a partir da primazia da "coisa", ou, dito de outro modo, que toma a "coisa", como paradigma de representação para tudo o que "é". Todavia, essa rejeição da Ontologia da coisa que Heidegger julga necessário levar a cabo, não implica para ele em considerar a questão do ser como uma questão abstrata; do ponto de vista existencial, a questão do ser é eminentemente concreta, porque "o ser é sempre o ser de um ente. (Barbosa, 1998, p.3)

Essa investigação (do ser), empreendida pela Filosofia, não foi levada a efeito em sua radicalidade, isto é, ela esqueceu de pensar o ser no seu sentido mais original e fundante. A Filosofia investigou o ser, mas sempre numa única perspectiva derivada e secundária, isto é, como noção, conceito, atributo, *essentia*, do ente.(Michelazzo, 1999, p.18)

O ser era compreendido como uma espécie de ente causa e fundamento de todos os outros entes. Desta forma, mesmo buscando enfocar a temática do ser, tais sistemas filosóficos inauguraram o seu próprio desvio, que consistiu em confundir o ôntico (relativo ao ente) com o ontológico (relativo ao ser). (Sá, 2010, p.3)

Para Heidegger há sentidos inerentes ao verbo "ser" subjacentes às suas variedades de usos. Suas concepções quanto *ao que existe*, constituem uma Ontologia Hermenêutica oriunda de pesquisas acerca dos filósofos pré-socráticos, da Filosofia de Platão e de Aristóteles. Além desses autores, empreendeu estudos sobre o filósofo do final do século XIX, Franz Brentano (1838-1917) e a Filosofia cristã medieval (escolástica), sendo influenciado, ainda, por diversos filósofos do século XIX e início do século XX, principalmente pelo pensador

católico dinamarquês Soren Kierkegaard (1813-1855), pelos filósofos alemães Friedrich Nietzsche (1844-1900) e Wilhelm Dilthey (1833-1911).

Heidegger (1999) discute o que significa *ser* para o homem, ou "*como é ser*", mesmo considerando que o ser seja uma questão universal, indefinível e que tende a aparecer como algo estranho e supérfluo pela mentalidade que dominava a Alemanha naquela época. Seu intuito é, então, levar o homem a fazer essas perguntas com envolvimento e reflexão. Sem refletir sobre o ser, o homem aliena-se e segue uma maneira inautêntica de ser e vai, aos poucos, apegando-se aos encantos da técnica e as promessas dos "supostos avanços" científicos, sendo transposto para outra realidade onde o mundo passa a ser um objeto e as relações se tornam meramente técnicas.

Pasqua (1993), baseado em Heidegger, comenta que o Ser reside no "quê" e no "quem", naquilo que existe e subsiste. É o Ser que torna possível a abertura para a compreensão da existência humana. Enquanto Stein (1979) comenta:

O ser é para Heidegger a casa que o homem pode habitar, é a clareira no meio de um bosque cujos caminhos não levam a parte alguma. O ser pode aparecer e pode ocultar-se, porém em caso algum é mera aparência: é presença permanente, o horizonte luminoso, no qual todos os entes encontrariam sua verdade. Não é o conjunto do entes (...) é o habitar de todos os entes. (p.11)

Sendo assim, o homem vai se constituindo na cotidianidade a partir de três perspectivas: a facticidade, a existencialidade e a decadência. No entendimento de Armond e Boemer (2004):

a facticidade é o estar lançado no mundo, já a existencialidade corresponde à capacidade de ver, significar e apropriar-se das coisas do mundo a partir de sua própria perspectiva e a de-cadência é o abandonar-se em favor das ocupações e das ambiguidades que lhe faz ter uma existência inautêntica, própria da cotidianidade. Nesta existência inautêntica o homem nega a si próprio em detrimento dos outros, mergulhando no profundo anonimato do ser social. Ao contrário, na existência autêntica o homem é colocado como verdadeiro revelador do ser, por este ter que emergir da angústia para se colocar no seu devido lugar de Da-sein. (p. 332).

Na ótica do Dasein, o significado não está nas coisas, mas no sentido que surge da coexistência do homem com estas coisas. Ser e mundo são, portanto,

dimensões constitutivas do homem. O sentido do ser está vinculado à abertura para compreensão que cada um tem de si mesmo, do outro e do mundo. O sentido em si não pode ser compreendido, mas é aquilo que pode se articular na abertura da compreensão, portanto, não é algo evidente por si mesmo, mas o princípio/direção, que norteia a apreensão do ser e dos entes; em outras palavras, é uma compreensibilidade do que é articulado no discurso. O sentido do ser está ligado à linguagem e não pode ser encontrado fora dela. Nas palavras de Heidegger (1999):

sentido é a perspectiva em função da qual se estrutura o projeto pela posição prévia, visão prévia e concepção prévia. É a partir dela que algo se torna compreensível como algo. (p.208)

Já a compreensão é o poder-ser, a visão do homem permeada pela linguagem enquanto dimensão constitutiva do ser e ocorre na co-existência e numa determinada disposição afetiva. “Em toda compreensão de mundo, a existência está compreendida e vice-versa.” (Heidegger, 1999 p.209).

Na medida em que nos apropriamos da compreensão e elaboramos suas possibilidades, chegamos ao que Heidegger chamou de interpretação. Assim, a interpretação se funda numa posição, visão e concepção prévia e nunca está isenta de pressuposições.

Toda interpretação, ademais, se move na estrutura prévia já caracterizada. Toda interpretação que se coloca no movimento de compreender já deve ter compreendido o que se quer interpretar. (Heidegger, 1999, p.209).

Partindo dessas noções, teríamos a análise do Dasein como uma Analítica Existencial, cujo núcleo principal se encontra no emprego do método fenomenológico em prol da investigação da existência humana. (Barbosa, 1998). Essa questão pode ser clarificada a partir das palavras do próprio Heidegger (2001) no seminário de Zollikon de 07/06/1966:

Para a analítica do Dasein o fator decisivo é a questionabilidade do homem e de seu poder de existir no mundo contemporâneo. (p.226)

A Analítica Existencial Heideggeriana foi chamada de “Daseinsanalytik” ou “Daseinsanalyse”. Essa expressão apareceu pela primeira vez na obra “Ser e Tempo” (1927/1989) e permaneceu assim denominada até hoje. Baseados em Heidegger, Mattar e Sá (2008) afirmam que a Analítica Existencial é a explicitação filosófica dos existenciais ou das características ontológicas que constituem o ser do homem, tais como: a) a abertura original do Dasein ao mundo, b) a compreensão e a disposição afetiva, c) o ser-com-o-outro, d) cuidado, e) o ser-para-a-morte, f) a temporalidade e a espacialidade originais, g) corporeidade. Cada uma dessas dimensões ontológicas será discutida a seguir.

Quanto à abertura original do Dasein ao mundo, Heidegger (2001) afirma que o existir como *Dasein* não é passível de objetificação e caracteriza-se pela abertura para “*poder-apreender as significações daquilo que aparece e que se lhe fala a partir de sua clareira*”. (p.33).

Em outras palavras, o homem é um ser que tem a abertura como condição ontológica. A partir dessa abertura, manifesta-se a disposição afetiva, a compreensão e o discurso (Heidegger, 1999), cujo correlatos ônticos/empíricos são afeto, desejo, conhecimento e linguagem (Barbosa, 1998).

Sobre a disposição afetiva (*Befindlichkeit*), Heidegger (1999) compreende-a o estado “como alguém se encontra”, “como vai passando”, estado de humor. (Inwood, 2004, p.55)

O humor revela como alguém está e se torna (...) o fato de os humores poderem se deteriorar e transformar diz somente que a pre-sença já está sempre de humor. (Heidegger, 1999, p. 188)

Esse conceito nos remete à capacidade do sentir humano, ao ser-aí “se encontrar em”. É uma nova palavra que pode ser entendida como “sentimento”, estado de espírito, afeto. Refere-se ao que é ordinariamente chamado de sensibilidade e nos diz do modo como alguém se encontra em uma dada situação. A afetividade seria o modo como percebemos, compreendemos e interpretamos as coisas. É o valor que cada umas dessas coisas assume em

nossa vida e que desperta sentimentos que podem ser públicos, compartilhados e transmissíveis.

As tonalidades afetivas são determinações marcadas pela tensão originária entre a presença e a ausência e estão (simultaneamente) em toda parte e em nenhuma parte. Segundo Casanova (2009):

as tonalidades afetivas são como atmosferas que nos envolvem de tal forma que tudo imediatamente se mostra a partir de seu modo de afinação. Elas não são resultados de arranjos de nossa interioridade causados por elementos externos ou internos. (p. 109)

Mesmo já tendo introduzido um breve debate sobre compreensão (*verstehen*), o retomaremos agora na tentativa de relacioná-la como sendo uma das dimensões da existência. A compreensão designa abertura do ser e vem sempre sintonizada com o humor. Compreender é exercer o “*poder-ser, é o ser desse poder-ser.*” (Heidegger 1999, p 199). Seria o modo como vemos nossas possibilidades. Não se trata de um reconhecimento, mas um modo de ser-no-mundo originário, que só se torna possível quando estamos em relação-com-os-outros. Seria uma abertura finita e limitada como o próprio homem, que se manifesta no plano da linguagem. É, portanto, uma mediação entre o homem e o Ser. (Heidegger, 1999)

A compreensão trabalha na contramão da explicação e da representação cartesiana, uma vez que não supervaloriza teorias modelares e sistêmicas nem equipamentos propiciadores e aliciadores de postura controladora. Ao contrário, a compreensão está pautada na admissão do movimento humano de “trazer à luz” aquilo, que se revela/mostra e ao mesmo tempo, se oculta/esconde. E isso se constitui como uma espécie de jogo, que depende de um olhar sócio-histórico-psicológico e no qual o ente captado não é isolado ou toma uma substancialidade, mas ganha significado. Por isso se diz que a compreensão exige que estejamos abertos e não fechados para as possibilidades que se des-velam em nossa existência cotidiana. (Almeida, 1995).

Outro ponto que merece destaque é o discurso. Heidegger (1999) considera que o discurso é o fundamento ontológico existencial da linguagem e que é igualmente originário à disposição e à compreensão. “*A linguagem é o pronunciamento do discurso.*”(pp.219-220).

O discurso é uma forma de explicitar a compreensibilidade do Ser-no-mundo, sendo mediado pelo humor. Portanto, a escuta e o silêncio são possibilidades intrínsecas do discurso. Na interpretação de Heidegger (1999):

O discurso é a articulação significativa da compreensibilidade do ser-no-mundo (...) somente onde se dá a possibilidade existencial de discurso e escuta é que alguém pode ouvir. Discurso e escuta se fundam na compreensão. Somente quem compreendeu é que poderá escutar. (pp.220 e 223).

O discurso é perpassado pelo humor, mas se efetiva na e pela linguagem. Portanto, a linguagem não é um mero utensílio que nos diferencia dos demais seres vivos, mas um acontecimento fundamental que nos possibilita ser homem. Beani (1981), baseada em Heidegger, nos diz que a linguagem é determinante fundamental do *Dasein*. E Heidegger, por sua vez, afirma: “*a linguagem é a casa do ser. Nela morando, o homem ec-siste na medida em que pertence à verdade do Ser, protegendo-a, guardando-a*” (Heidegger 2009, p.55)

Na compreensibilidade do que o discurso articula, desponta o sentido. A compreensão equivale ao “fazer ver o ente em seu estado de descoberto” e isso só é possível graças à abertura do *Dasein* como ser-no-mundo. (Nunes, 2004)

Outro ponto fundamental do discurso é o pensamento. Segundo Heidegger (2009), o pensamento do ser se caracteriza pela simplicidade e atua de modo invisível, recolhendo e concentrando a linguagem no “dizer simples”. A forma com o filósofo explicita isso se encontra em um trecho de sua obra “Sobre o Humanismo”:

E assim a linguagem é a linguagem do Ser, como as nuvens são as nuvens do céu. Com seu dizer, o pensamento abre sulcos invisíveis na linguagem. Eles são mais invisíveis do que os sulcos que rasga, no campo, o camponês de andar vagaroso. (Heidegger, 2009, p. 100)

Essa discussão nos remeteu a um pensamento sintetizador de Casanova (2009):

O ser-aí não se vê apenas imerso em uma totalidade significativa que abarca a significação dos utensílios e as compreensões abstratas homogeneizadas, mas também recebe um conjunto de estruturas gramaticais, indiciais e sintáticas que tornam possível a cada ser-aí desempenhar a sua competência existencial, além de conectivos lógicos com os quais ele prende simplesmente a operar. Tudo isso compõe o conteúdo específico da relação entre discurso, disposição e compreensão. (p.117)

A co-existência do ser-aí com os outros envolve, portanto, os aspectos já discutidos anteriormente (disposição afetiva, compreensão e linguagem) que, em conjunto, formam o que Heidegger chamou de *existenciálias* ou *existenciais*. São as existenciálias que constituem a estrutura temporal, que faz a existência inteligível, compreensível.

A perspectiva Heideggeriana ficou conhecida como uma Ontologia Hermenêutica. Hermenêutica é tomada aqui como a arte ou a ciência da interpretação na medida em que se rompe com a relação dicotômica sujeito/objeto em favor da compreensão da manifestação do ser. O homem não é algo simplesmente dado, mas é possibilidade, processo, fluidez. Assim, o esforço para compreender o mundo não nasce de repente ou de forma já plena ou separada do homem. Ao contrário, o conhecimento atrela-se às possibilidades de significações que o homem atribui às suas experiências em seu ato de existir. Com isso, o significado não estaria nas coisas, mas no sentido que emerge na coexistência. O sentido do ser se desvela através do homem e nunca a partir de algum a priori transcendental (Sá, 2007), ou seja, o sentido está vinculado à compreensão que cada um tem de si mesmo, do outro e do mundo. Segundo Michelazo (1999):

O modo de pensar guiado pelo círculo hermenêutico choca-se contra toda tradição de pensamento, pois ele não parte de uma afirmação prévia e devidamente fundamentada para, em seguida, serem derivadas outras proposições por meio da demonstração (...) Afastar-se do círculo hermenêutico por achá-lo complexo ou ambíguo é, antes de tudo, distanciar-se das estruturas originárias que determinam a essência do homem (pp. 114-116)

Segundo Michelazzo (1999), o círculo hermenêutico é a forma pela qual Heidegger se apropria e entende a Fenomenologia. Nele, está presente o pensar original que parte da explicitação da experiência e de seus desdobramentos, e não de demonstrações, explicações ou provas. Assim, a Hermenêutica Heideggeriana é um des-velamento interpretativo baseado na Fenomenologia enquanto modo de se compreender e de se meditar acerca da experiência de estar-no-mundo com os outros.

No círculo hermenêutico, considera-se o movimento de ocultação e revelamento dos fenômenos, já que um ente nunca se mostra completamente; daí a impossibilidade de se adotar uma teoria 'a priori' que sistematize a condição humana. (Almeida, 1995). Portanto, na Fenomenologia Existencial, os fenômenos são refratários à teoria, havendo lugar para admissão do mistério, do engano, das lacunas, das incertezas e das mudanças como questões inerentes ao movimento de existir e de pensar.

No tocante à concepção de homem, Heidegger a aproximou da noção de *Dasein*. Em outras palavras, o homem é compreendido como *Dasein*, expressão alemã que significa *Ser-aí*. O mundo representa o *aí* e o *Dasein* significa a abertura originária do homem ao mundo. Nesse sentido, o homem não pode ser categorizado como uma mera coisa entre as coisas; ao contrário, é visto como um ente⁹ especial por excelência, cuja maneira de ser ocorre num constante vir-a-ser, ou seja, como pura possibilidade.

Ainda nesse sentido, Barreto (2006), ancorada em Heidegger, discorre que o homem acontece lançado no mundo como projeto, numa determinada época, cultura, tradição. Por essa ótica, o homem não é fixado numa essência, a partir da qual possa atualizar potencialidades já presentes desde sempre. Ser homem é já se encontrar imerso num mundo de significados, que se mostram em sua existência fáctica e cotidiana. Mas, embora tal condição se apresente libertadora

⁹ Na terminologia filosófica, **ente** quer dizer tudo o que é, o manifesto. O aparecer dos entes é chamado de fenômeno. E essa condição de mostrar-se é indispensável para o ente poder ser. (Critelli, 1996, p.29 e 55).

por um lado, por outro o coloca diante da imediata e obstinada incerteza do mundo, por impeli-lo a, reflexivamente, descobrir a si mesmo no mundo no qual é imerso, o que constitui o horizonte da existência: “*desde sempre o homem já está no mundo, seu existir desdobrando-se no mundo em mundo.*” (Barreto, 2006, p.15),

O mundo para Heidegger pode ser entendido a partir do si-mesmo (mundo pessoal espontâneo e criativo), do mundo compartilhado (relações) e do mundo ambiente (natureza e social) e é nesse espaço que ocorre a experiência. Assim, o exercício da Filosofia seria “*facilitar a expressão do mundo criativo do si-mesmo e não uma objetificação teórica da espontaneidade criativa*”. (Loparic, 2004a, p.48).

Já a expressão Dasein foi traduzida como pre-sença e embora tenha relação com o homem, não o designa propriamente. Pre-sença serve para evocar o processo de constituição ontológica do homem, mas o ser não se resume a ela. (Bruns & Trindade, 2001). Nas palavras do próprio filósofo em Ser e Tempo (1999) e no seminário de 18/03/1969 de Zollikon, respectivamente, podemos entender melhor este conceito:

é na pre-sença que o homem constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história. (Heidegger, 1999, p.309)

A pre-sença é o ente que sempre eu mesmo sou. (Heidegger, 1999, p.165)

Presença é a possibilidade de ser que está entregue à sua responsabilidade (...) é a possibilidade de ser livre para o poder-ser mais próprio. (Heidegger 1999, p 199)

O caráter fundamental do ser é a presença. O sentido tradicional da presença não é suficiente para determinar o homem. (Heidegger, 2001, p.237)

Barbosa (1998, p.4) nos diz que a pre-sença constitui um ente especial já que se refere ao ente do homem; e o homem é o único ente que se constitui como abertura originária que produz sentidos. Em linhas gerais, o homem é um ser singular denominando de *ser-aí* (pre-sença), que se mostra na cotidianidade com formas de expressão que podem ser autênticas, próprias e singulares ou inautênticas, impróprias e impessoais. Como *da-sein* constitui-se como ente aberto às possibilidades, livre em seus modos de ser. Portanto, o Dasein

corresponde ao ser-aí do homem, isto é, o homem enquanto pre-sença, abertura, projeto, possibilidades.

A partir dessa ótica, o Dasein desvela-se mediante três modos fundamentais: o modo de ser-no-mundo (manifestação/revelação), o modo de ser-com-os-outros (co-existência, interação, convivência) e o modo de ser-para-a-morte (desdobramento do projeto existencial permeado pela angústia diante da impossibilidade das *possibilidades*). Isso se aproxima da ideia de co-existência/co-presença, uma vez que o homem é visto como um ser que se realiza na presença com os outros. (Spanoudis, 1981). Mas é *nesse ser-no-mundo-com-os-outros que aparece o sentido como desvelamento dos entes que lhe vêm ao encontro*. (Sá, 2010, p.5)

Enquanto ser-no-mundo, o Dasein é projeto, devir; *um “ainda-não”*, uma possibilidade que se desdobra ao longo do tempo e da história. O modo de existir como ser-no-mundo significa que a condição humana é *poder-ser*, ou seja, sua natureza consiste em não ter uma natureza ou uma essência. Ao contrário, implica em possibilidade. (Vattimo,1996).

Sobre a existência se desdobrar a partir do ser-com-os-outros, isso explicita o que Heidegger chamou de coexistência, isto é, a condição ontológica de inseparabilidade entre o homem e o mundo. Para tanto, consideremos o modo como ele pensa, sente, age e vive com seus pares, pois a existência não é isolada. (Armond e Boemer, 2004). Vejamos o que Heidegger (2008) nos diz a esse respeito:

O meu ser-aí não sou eu mesmo, mas os outros; eu sou com os outros e, da mesma maneira, os outros com os outros. (p.39)

E no tocante à expressão ser-para-a-morte, esta se refere a um ser movido por uma ‘verdade originária’ (finitude), a qual interfere em seus modos de ser (Nunes, 2004). A morte é, portanto, uma verdade existencial, seja em termos concretos (final da vida), seja em termos simbólicos (finitude, perdas, encerramento de algo). É por ‘saber que vamos morrer’ que idealizamos projetos

e buscamos cumprí-los. Isso nos conclama a conferir sentidos para a própria existência. Isso também nos faz pensar, inevitavelmente, a respeito da angústia como condição ontológica e constitutiva do humano.

A condição de estar lançado no mundo (de existir) é por si só angustiante, pois, inevitavelmente, remete esse homem à sua condição se ser finito. Em outras palavras, o homem é limitado por circunstâncias que compreendem o seu mundo compartilhado, sendo levado a pensar sobre a dimensão futura e a lançar-se ao seu encontro. Nesse chamado, o ser se projeta e se vê sempre como limitado no tempo, mortal, frágil, incompleto e angustiado. (Duarte e Naves, 2006). E mesmo sem sequer ter escolhido existir, como, com quem e onde existir, o homem é lançado no mundo e convocado a produzir sentidos em sua existência. Sendo assim, a única certeza que ele traz consigo é a possibilidade, e enquanto possibilidade, essa se apresenta como o nada/vazio. E isso o angustia sobremaneira, obrigando-o a se desfazer da “ilusão de imortalidade.” Assim, o homem se vê obrigado a lidar com a própria finitude, o que não raro, lhe desperta estranheza e inquietude, remetendo-o às incertezas, à impossibilidade de controle absoluto sobre a vida, uma vez que algo sempre lhe escapa do domínio. Ao mesmo tempo em que a angústia é algo que, literalmente, apavora e é tirada de cena, é algo que também desperta o humano em direção ao seu poder-ser mais próprio. É a partir da angústia que o homem é obrigado a conferir sentidos para a vida. Ela nos “aponta e desperta” para aquilo que “tenta anestésiar” nossa condição ontológica.

O mundo caracteriza-se como algo ambíguo para o humano. Se, por um lado, é solidez, prestando-se como meio e abrigo; por outro, apresenta-se como fluidez na medida em que o sentido de ser se dilui. Por conseguinte, não há uma pertença do homem ao mundo, o qual lhe parece, por vezes, inóspito. Esse não-pertencimento aparece sob a forma de experiência de desabrigo, desamparo e abandono, denominada por Heidegger de angústia. É a angústia que lança o homem frente a suas próprias possibilidades de ser, ou seja, frente a sua liberdade. Assim, tanto a inospitalidade do mundo quanto a liberdade humana constituem condições ontológicas do ser. (Almeida, 1995).

Nunes (2004) nos diz que a angústia é o encontrar-se fundamental que coloca o homem diante do nada e o faz retroceder “diante de algo”. A angústia não seria a apreensão do nada, mas é quando o nada se torna manifesto por meio da angústia.

A angústia difere do medo. No medo, há um objeto definido, enquanto que na angústia, não há, é o próprio nada que se apresenta.

na angústia não se dá o encontro disso ou daquilo com o qual se pudesse estabelecer uma conjuntura ameaçadora. Por isso a angústia também não vê um aqui e um ali determinados, se onde o ameaçador se aproximasse. O que caracteriza o ameaçador da angústia é o fato do ameaçador não se encontrar em lugar algum (...) aquilo que a angústia se angustia é o nada que não se revela em parte alguma (...) quando a angústia passa diz-se costumeiramente: propriamente não foi nada (...) o angustiar-se abre, de maneira originária e direta o mundo como mundo (...) a angústia singulariza a presença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta essencialmente para possibilidades. (Heidegger, 1999, pp.250-251)

Cipullo (2000) sintetiza a questão da angústia em Heidegger ao comentar:

É a angústia que lança as estruturas de toda e qualquer possibilidade de temor; trata-se de uma disposição afetiva originária que coloca o Dasein (ser-aí, existência humana) diante do nada, de sua própria incompletude e abertura. O que angustia o homem, na verdade, é o próprio mundo em que foi, sem opção, lançado, e do qual será, mesmo contra sua vontade, arrancado. O homem é então um ser-para-a- morte. Todo temer é, conseqüentemente, em essência, temer a morte, saber da certeza da morte (...) Toda angústia é para Heidegger, angústia de morte. Vivemos fugindo da morte. Fugindo da morte, vivemos. (p.94)

Diante disso, podemos compreender que Heidegger coloca o homem como um ser de projeto, voltado para o futuro. Existir é um projeto que agrega a compreensão enquanto estrutura originária do Dasein. É na e pela compreensão que nos movimentamos e criamos espaços para poder-ser. Nas palavras de Sá (2010) *“a cada modo de existir, corresponde uma significação possível do mundo”*.(p.06)

É nessa projeção para o “vir-a-ser” e no embate com a morte que o homem se apropria de seu projeto de vida. É por saber que tem um tempo a gastar que o homem planeja, sonha, idealiza, espera e luta por realizações, embora não tenha

garantias de que isso ocorrerá um dia. Não passa de um projeto, de uma possibilidade. “Admitir” que a vida não existe sob a ótica da garantia, mas sob a ótica da possibilidade não é tarefa simples. Mas, ao apropriar-se dessa condição (enquanto existência lançada) e assumí-la, o homem destina-se na busca de si mesmo.

O modo de ser oriundo do des-velamento (*Aletheia*) ocorre quando o homem se apropria de sua condição de ser finito e angustiado, assumindo a responsabilidade perante suas escolhas, encarando e ressignificando o ‘nada’ que se lhe apresenta no cotidiano de modo próprio/pessoal e não conforme o “a gente”, o “todos nós”. Já o modo de ser decaído é quando não assumimos essa condição de ser-para-a-morte, e nos perdemos na impessoalidade, lidando com os fenômenos de forma superficial e igualando-se à massa, ao público. Para Heidegger, permanecemos nesse modo-de-ser na maior parte do tempo, no qual somos absorvidos pela impessoalidade/inautenticidade. Apesar disso, podemos também buscar nosso ser-si-mesmo-próprio, singular, autêntico. Portanto, na ótica Heideggeriana, a existência humana acontece ora em movimentos autênticos/próprios, ora em movimentos inautênticos/impróprios. Na impropriedade somos facilmente tragados pelo falatório, curiosidade e ambiguidade, e na propriedade, somos inevitavelmente compelidos a cuidar de Ser.

Nesse sentido, o homem é um ser que pensa, ou seja, que medita (Heidegger, 2000). Não obstante, o pensar pode ser meditante e/ou calculante. No pensamento que medita, há reflexão sobre o que ocorre no processo das vivências humanas. Isso exige que não nos prendamos a uma única representação e que nos ocupemos daquilo que parece, à primeira vista, inconciliável. Enquanto que

o pensamento calculante nunca pára, nunca chega a meditar. O pensamento que calcula não é um pensamento que reflete sobre o sentido que reina em tudo o que existe. (Heidegger, 2000, p. 13)

Outro ponto relevante em Heidegger é a questão do cuidado¹⁰ como condição ontológica do existir humano. Em linhas gerais, “os *modos mais primitivos de habitar o mundo são a ocupação com as coisas e a solícitude para com os outros.*”(Loparic 2004a, p.48). Sobre a solícitude, Heidegger (1999) a chama de uma maneira relacionar-se com alguém, de forma envolvente, atenta e significativa. E no cuidado

subsiste ainda a possibilidade de uma preocupação que não tanto substitui o outro, mas que se lhe antepõe em sua possibilidade existenciária de ser, não para lhe retirar o cuidado e sim para devolvê-lo como tal. Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não de uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se e, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela. (p. 174)

Etimologicamente, cuidado é o mesmo que cura e se efetiva a partir da conjunção dos três modos de ser-no-mundo: ser-enquanto-projeto, ser-lançado e ser-decaído. Já que o Dasein é ao mesmo tempo abertura e encobrimento, esses três modos-de-ser explicitam que o Dasein tanto está na verdade quanto na ‘não verdade’, tanto transita entre o verdadeiro quanto no falso, e com isso, desdobra-se em possibilidades simultâneas_ seja no movimento do desvelamento (*alétheia*) e abertura (clareira) em seu poder-ser mais próprio, seja no de ocultamento, retraimento, fechamento ou dissimulação.

O Dasein possui duas formas de estar no mundo enquanto cuidado que se revelam na ocupação e na pre-ocupação. Quanto à ocupação, essa encontra-se vinculada ao cuidado enquanto condição ontológica do existir humano e caracteriza o modo mais imediato que o *ser-aí* tem de coexistir com outros entes e de conhecer o mundo. Também envolve o contato do humano com o manuseio/uso de utensílios, instrumentos e objetos circundantes. Esse modo de ser envolve sempre um contexto de significância onde predomina o uso ou a utilidade. Para haver ocupação, não é necessário que haja uma consciência da mesma; ao contrário, passamos a ter consciência de alguma coisa na medida em

¹⁰ **Cuidado** é um termo que ontologicamente nos remete à idéia de cura. Contudo, o exercício concreto do cuidado e de seus derivados é denominado apenas de cuidado.

que nos ocupamos dessas coisas. São exemplos de ocupação para Heidegger (1999, p. 95): realizar alguma coisa, cumprir e levar a cabo, arranjar alguma coisa ter o que fazer com alguma coisa.

Já a pre-ocupação exprime a forma que o homem tem de se antecipar ao outro, de ajudá-lo a se descobrir. Contudo, a preocupação não pode se tornar uma “forma de fazer tudo pelo outro” nem de retirar-lhe a responsabilidade ou de assumir a ocupação que o outro deveria realizar por ele mesmo.

a preocupação está guiada pela consideração e pela tolerância..(...) o outro se descobre, assim, antes de tudo, na preocupação das ocupações. (Heidegger, 1999, pp.174-176)

Quando a preocupação aparece como antecipação ao outro e não como substituição do outro, ela se transforma em cuidado ou antecipação libertadora

a convivência cotidiana mantêm-se entre os dois extremos da preocupação positiva_ a substituição dominadora e a antecipação libertadora, mostrando inúmeras formas mistas. (Heidegger, 1999, p.174)

Isso nos remeteu ao que Heidegger denominou de cura (*sorge*). Cura não é somente uma atitude isolada do eu para consigo mesmo, que caracteriza a existencialidade, mas é também é uma forma do homem se apropriar de sua condição ontológica primordial, que é cuidar de Ser. Assim, a cura caracteriza a estrutura fundamental da pre-sença, significando sempre ocupação e pre-ocupação, mesmo que de modo privativo. Ela vem antes de qualquer situação ou atitude e não se resume a um primado da atitude prática frente à teoria. (Heidegger, 1999)

De um ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são dotados de cura e guiados por uma dedicação. (p.265)

Assim, cura tem o mesmo sentido que cuidado, já que esse não se restringe à preocupação, dedicação ou zelo. É antes de tudo, um *a priori*, uma condição ontológica e constitutiva sem o qual não haveria o humano. O tempo, enquanto horizonte do ser, co-pertence ao cuidado. Assim, passado, presente e futuro per-passam o cuidado e possibilitam a apreensão do *Dasein* como totalidade.

O cuidado possui o homem enquanto ele viver. Isso colabora para que se inaugure uma nova concepção de homem para além do dualismo metafísico. (Michelazzo, 1999). Boff (2004) se aproxima dessa compreensão quando ressalta o cuidar como atitude de envolvimento afetivo com o outro, um modo-de-ser essencial, e não mero ato. Sem o cuidado, o homem deixaria de existir, definharia e perderia o sentido, chegando, enfim, à morte. Segundo Inwood (2004):

as únicas entidades a que faltam cuidado, atenção e solicitude são aquelas totalmente incapazes disso, ou seja, pedra, árvores e animais. O cuidado distingue-se de atitudes específicas como querer, desejar, empenhar-se por ou conhecer. Para querer, desejar, empenhar-se pelo que quer que seja, temos de ter antemão cuidado. Temos de cuidar para obter conhecimento. (p.74).

Enquanto exercício concreto/ôntico, o cuidar é uma decisão antecipadora, que convoca o homem a agir de modo autêntico ou inautêntico. No primeiro modo, o cuidar possibilita que o outro assuma seus próprios caminhos e escolhas, já que, quando autêntico, o cuidado não substitui o outro em sua tarefa de cuidar de Ser; ao contrário, o auxilia a se apropriar de sua existência. No segundo modo, o cuidado aparece de forma deficiente e inautêntica, desdobrando-se por meio de proteção, carinho e zelo excessivos. Corresponde ao “*fazer tudo pelo outro*”, chegando, por vezes, a sufocá-lo, dominá-lo, manipulá-lo, mesmo que sutilmente. É um modo de cuidar que vela a real situação do *Dasein* e constitui um modo inautêntico de cuidar. A forma inautêntica de cuidar afasta o homem da possibilidade de assumir a sua condição de ser-para-a-morte, afastando-o do seu ser-si-mesmo- próprio. (Heidegger, 1999)

Quanto aos conceitos de temporalidade e espacialidade, vemos que esses perpassam a ideia do homem como ser-no-mundo e ser-para-a-morte e compõem características importantes da existência humana. O tempo é o horizonte do ser ao mesmo tempo, que indica quantidade decorrida, e ao mesmo tempo, permanece parado. Heidegger (2001) também relaciona o tempo ao espaço quando afirma:

Todos os pequenos espaços individuais só delimitam o espaço; por exemplo, sala e copo, delimitam o espaço maior da casa, as partes da casa, como tais, são delimitações do espaço inteiro simultaneamente. Ao contrário, as parte do tempo não são simultâneas, mas necessariamente sucessivas. O espacial é o ao lado, sobre ou

após o outro, enquanto espaços de tempo são sempre um após outro. O tempo é unidimensional. (p.61)

Para esclarecer tal preceito, recorreremos a uma fala de Augras (1986):

O tempo é criação do homem, não apenas na forma de parâmetro que facilita a ordenação das ações humanas, mas sobretudo como tentativa de negar a morte. (p. 32):

Inspirado em Heidegger, Romero (1997), citado por Tenório (2003), nos diz:

O homem é um ser temporal e temporalizante, isto é, finito e ciente de sua finitude; tudo o que faz e lhe acontece revela sua finitude. (p. 34).

Sintetizando, Heidegger (2001) nos diz que o tempo sempre se apresenta a nós como “tempo para algo”.

O tempo é sempre o tempo em que isto e aquilo acontece. Com isso, o tempo é interpretável para algo, é datado por algo e assim, ao mesmo tempo é conhecido de todos, e acessível aos homens no ser-com-e-para-os-outros, ele é público. (p.87).

Ainda nesse sentido, Nunes (2004) afirma:

O Dasein é temporal: existe temporalizando-se, entre nascimento e morte. Sem a temporalização nenhum Dasein seria , e sem o Dasein não haveria mundo (...) temporal no fundo de seu ser, o Dasein é histórico. (p.31)

Quanto ao espaço, Heidegger (2001) nos diz que:

não posso ver nada que tenha caráter de coisa espacial sem o espaço. O espaço é pré-dado a todas as coisas, mas não concebido como tal. (p.56)

Nessa visão, homem e espaço de co-pertencem, ou seja, o homem se relaciona com as coisas no e com o espaço. O espaço é, portanto, a abertura para o aparecer do humano. Já a espacialidade desse espaço consiste na forma como o homem se encontra no espaço. Seria o modo particular com que o homem se posiciona em

relação ao mundo. Posicionamento esse que difere dos demais entes, já que o mundo é uma realidade humana e o homem está inserido nele. Ausentar-se dessa realidade pode nos levar a perder as características próprias do ser.

Como ser-no-mundo, a pre-sença/poder-ser se mantêm por meio de um distanciar-se ou de um direcionar-se, e isso é conduzido pela circunvisão da ocupação. Assim, não são os utensílios e objetos que tomam quaisquer direção, somos nós que conferimos essa possibilidade a eles por intermédio de nossa corporeidade. Isso nos faz pensar que toda orientação carece de um princípio subjetivo (a priori). A presença é, pois, espacial e o espaço só pode ser concebido recorrendo-se ao mundo. Nos dois modos de espacialização da presença (distanciamento e direcionamento), é preciso “deixar e fazer vir ao encontro”, arrumar/desarrumar, liberar o que está à mão (Heidegger, 1999).

Diante disso, surge o habitar como traço fundamental da condição humana, já que o homem habita junto às coisas enquanto lugares que o envolvem de liberdade, proteção e familiaridade. (Michelazzo, 1999). Esse habitar acontece a partir da corporeidade humana. É a espacialização da presença que corresponde ao que Heidegger chamou de corporeidade. Tal corporeidade constitui um modo de ser do Da-sein e, portanto, um existencial da presença. Para Heidegger, o corpo não é imediatamente percebido, mas está presente e costuma ficar no segundo plano das ações do Dasein. (Inwood, 2004).

O Dasein do homem é espacial em si, no sentido de ordenar o espaço e da espacialização do Dasein em sua corporeidade. O Dasein não é espacial por ser corporal, mas sim a corporeidade só é possível porque o Dasein é espacial no sentido de ordenar. (Heidegger, 2011, p.108)

Vale, ainda, destacar ainda algumas temáticas trabalhadas por Heidegger, tais como a técnica e a serenidade, por terem importância e consonância direta com o tema investigado.

Começemos pela técnica. Heidegger discorre que *na interpretação técnica do pensamento, se abandona o ser como elemento do pensar (...) o ser possibilita o pensar* (Heidegger, 2009, p.27 e 30). Em sua tarefa de tentar desobjetificar o

ente, está implícita a busca pela desconstrução da Metafísica e de seus subprodutos ou derivados, que são a técnica e o modelo de ciência moderna. Assim, ele acredita que tais derivados *são secundários e encobridores do fenômeno originário do ser ou da presença*. (Loparic 2004a, p.60).

Em *Serenidade* (2001) Heidegger nos diz que a evolução e o poder da técnica dominam a vida humana, superando a vontade e a capacidade que o homem tem de decidir. Aquilo que é verdadeiramente inquietante não é o fato de o mundo se tornar cada vez mais técnico, mas é o fato de não estarmos preparados para essas transformações do mundo. A era técnica traz repercussões para a condição humana enquanto possibilidade. Não se trata de banir a técnica, mas de não depender demasiadamente (apego) de seus objetos/utensílios. Usar sim, mas poder largá-los a qualquer momento sem que isso nos absorva, e com isso, esgotem a nós próprios. Em suas palavras, consiste em:

deixar os objetos entrarem e saírem e permitir que repousem em si mesmos, como coisas que não são algo de absoluto, mas que dependem elas próprias de algo superior. (Heidegger, 2001 p. 24)

A atitude do sim e do não simultâneo em relação ao mundo técnico é assim chamada de serenidade para com as coisas. Consiste em procurar ver as coisas não apenas do ponto de vista técnico, exigindo um esforço na tentativa de manter a abertura ao mistério enquanto aquilo que se mostra e se retira. É a serenidade e a abertura que permitem novos enraizamentos e elas não nascem do acaso, mas da reflexão ininterrupta (pensamento meditante).

A serenidade em relação às coisas e a abertura ao segredo são inseparáveis. Concedem-nos a possibilidade de estarmos no mundo de um modo completamente diferente. Prometem-nos um novo solo sobre o qual possamos manter e subsistir, e sem perigo, no seio do mundo técnico. (Heidegger, 2001, p.25)

Embora Heidegger (2009) não tenha tratado da investigação ética nem discutido tal questão em suas obras, ele trouxe à tona a questão do habitar

humano, por meio da qual nos remetemos à ideia de ética (agir e seu sentido) enquanto *ethos*¹¹ (morada).

mais essencial para o homem do que todo e qualquer estabelecimento de regras é encontrar um caminho para a morada na verdade do Ser, pois é essa morada que assegura a experiência do que propicia amparo e sustento. (p.95)

Sendo a ética uma questão derivada do pensamento heideggeriano, recorreremos a Rebouças e Dutra (2010) para explicitar o que estamos chamando de ética enquanto morada, a qual exige um posicionamento frente ao outro enquanto abertura, tendo para com ele uma atitude acolhedora e cuidadosa.

(...) pautar-se na ética é levar em consideração a singularidade humana, abrindo-se ao encontro do outro e *oferecer-lhe* uma morada, isto é, um espaço para que este se sinta verdadeiramente acolhido. (p. 26)

Para além disso, Loparic (2004b) defende a ideia de uma ética de aceitação incondicional da finitude, a qual ultrapassa as noções de dever e agir. Para ele, pensar a finitude é também um agir fundamental para o qual o homem é convocado. Co-responder a esse chamado e responder a pergunta sobre o destinamento do ser é um *ter-que* mais originário do que qualquer dever moral. Isso tende a se cumprir quando o humano aprende, ao mesmo tempo, a habitar no espaço da manifestação e do ocultamento do ser, ou seja, ocorre quando o homem transita entre o ôntico e o ontológico. Sendo assim, com base em Heidegger, morar, edificar, e pensar seriam os principais “deveres” do humano. (Loparic, 2004b)

A partir da leitura de Heidegger realizada por Duarte (2000),

a consideração do "ser-para-a-morte" como o "modo de ser mais próprio" do *Dasein* não implica a irresponsabilidade ética para com os outros, mas tem como seu aspecto positivo a liberação da amizade como o modo próprio da relação

¹¹ **Ethos** é uma palavra de origem grega que significa valores, ética, hábitos, harmonia, morada. Nessa pesquisa, consideraremos o *ethos* como o conjunto de condições fundamentais que possibilitam o homem habitar, estar e constituir-se como um morador no mundo humano (Safra, 2004). Em termos heideggerianos, nos diz do modo como o *Dasein* trafega num dado contexto, preocupado com os demais seres-no-mundo.

ética, inspirando um agir cauteloso e resistente a quaisquer sistemas teóricos que definam padrões últimos quanto à moralidade do agir. (p.71)

Diante do exposto, pensamos que tal perspectiva de compreensão do humano tornou-se fonte de inspiração para a Psiquiatria de inspiração Fenomenológica, contribuindo para o surgimento de eminentes psicoterapeutas apoiados pela Ontologia Heideggeriana, a exemplo de Ludwig Binswanger (1881-1966), Eugéne Minkowski (1885-1972) e Medard Boss (1903-1990). Além disso, tem contribuído com alguns campos de conhecimento, tais como a Psiquiatria e a Psicanálise, por meio da Daseinanálise proposta por Medard Boss, e da análise existencial de Binswanger. E, no campo da Psicologia, este pensamento, juntamente com alguns pressupostos do Existencialismo e do Método Fenomenológico de investigação, é muito difundido, sobretudo no campo da Psicologia Fenomenológica.

Destacamos ainda que tal escolha pelo pensamento de Heidegger justifica-se pela aproximação das temáticas tratadas por esse filósofo com a problemática proposta nessa investigação. Tal concepção pode trazer uma contribuição importante no que tange ao saber-fazer psicológico, pois traz à tona a importância do “sábio abandono” à espera do tempo do outro. Essa concepção se aproxima da nossa visão de homem/mundo e de nossa formação teórica, mas não pretendemos fazer Filosofia, nem tampouco, *encaixar* a Filosofia Heideggeriana na Psicologia. Importa-nos fazer uma Hermenêutica compreensiva e quando necessário, dialogar com outros autores do campo da saúde e alguns interlocutores de Heidegger, que contribuíam para a ampliação de nossa compreensão em consonância ao objetivo da pesquisa, a exemplo de Vale (1994; 1995; 1996; 2003 e 2004), Dimenstein (2000; 2001), Ayres (2000; 2004), Andrade e Morato (2004), Morato (1999), Almeida (1995), Barreto (2006), Barreto e Morato (2009), Cardinali (2004), Casanova (2009), Vatimo (1999), Sá (2006; 2007), Michelazzo (1999), Stein (1979), Nunes (2004), Critelli (2007), Loparic (2004a e 2004b), Boff (2004), Barbosa (1998), Feijoo (2000; 2009), Dutra (2002; 2008), Fernandes-Barbosa e colaboradores (2007), dentre outros.

Assim, a Ontologia Hermenêutica redimensiona e amplia nossa visão de mundo e de homem, nos ajudando a superar o psicologismo e refletir mais criticamente sobre temáticas da existência humana. Isso contribui para o desenvolvimento de uma práxis psicológica desvinculada de modelos meramente explicativos e lógico-representativos. Para nós, psicólogos que assumimos uma práxis a partir da metodologia Fenomenológica, o mais importante não é investigar o psiquismo em suas propriedades, mas sim, deixar que o sentido do ente se mostre por si mesmo (Feijoo, 2000). A marca da Ontologia Hermenêutica Heideggeriana, tal como acabamos de contar, permanece em nós, por isso a elegemos para elucidar o que encontramos pelo caminho dessa investigação.

5. METODOLOGIA

5.1. A FENOMENOLOGIA COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A Fenomenologia como método de conhecimento reconhece a comunicação do homem com o mundo como anterior ao estabelecimento de qualquer reflexão e de qualquer racionalidade. Portanto, antes de ser uma doutrina ou sistema, é um movimento sempre inacabável pela exigência de revelar e questionar o mistério do mundo e da razão. (Barreto, 2006, p. 100)

Para se realizar uma pesquisa de forma sistemática, torna-se relevante que a mesma esteja apoiada em três eixos estruturantes, a saber: 1) o paradigma que a fundamenta, 2) a perspectiva teórica utilizada e 3) o método para cumprir os objetivos propostos. É a congruência entre estes eixos que, contribuirá para o desenvolvimento satisfatório de uma investigação (Santos, 2006).

Quanto ao **paradigma**, esse se refere ao modelo que conduz a fundamentação teórica e o método de um trabalho em um dado período histórico (Turato, 2003 apud Silva, 2004). O paradigma tradicionalmente divulgado é denominado de positivista, o qual busca explicar os fatos a partir da lógica de quantificação. Em contraponto a esse paradigma, temos o fenomenológico que prioriza a compreensão das experiências humanas por intermédio da relação dialógica e dos sentidos construídos a partir do modo como a realidade se apresenta aos envolvidos (pesquisadores e colaboradoras).

No que tange ao **referencial teórico**, esse serve como o alicerce pelo qual transitam as visões de homem e a forma peculiar de se posicionar diante dos fenômenos postos sob investigação. E, por fim, o **método** constitui o modo de se conduzir a investigação, o qual envolve um conjunto de procedimentos, que ajudará na colheita e análise dos dados. O método confere o tratamento

sistemático no modo de socializar os conhecimentos que foram se constituindo como sentido ao longo do percurso investigativo.

Dito isso, optamos pela pesquisa qualitativa de caráter fenomenológico e interventivo em saúde por esta se aproximar e atender aos objetivos dessa investigação. Para Moustakas (1994), esse tipo de pesquisa envolve modelos, que incluem estudos etnográficos, fenomenológicos de tipo hermenêutico ou empírico e heurístico. Em todos esses modelos, a análise da experiência ocupa lugar central. Além disso, são modelos que surgiram como propostas divergentes de uma visão naturalizada e positivista do fenômeno humano em Psicologia.

Recorremos a Szymansky e Cury (2004) para esclarecer a questão da análise da experiência. Ancoradas em Houaiss (2001, p.1287) elas reafirmam que a experiência é um termo oriundo do latim *experientia*, e significa prova, ensaio, tentativa, experimentação, experimento. Além dessa conotação, o termo ganha novos contornos na Filosofia, tais como: a) qualquer conhecimento por meio dos sentidos; b) modo de conhecimento abrangente não organizado; c) sabedoria adquirida de maneira espontânea durante a vida; d) prática; d) forma de conhecimento específica; e) perícia adquirida por meio de aprendizado sistemático, f) poder-ser para o futuro, g) participação em situações repetíveis, h) possibilidade de repetir certas situações como meio de verificar as soluções que elas permitem. (Abbagnano, 1998, p.415 e 416)

Com base na Filosofia e na análise das autoras supracitadas, a experiência:

tem ao mesmo tempo um significado de produzir um fenômeno para estudá-lo de forma controlada, neutra e quantitativa e um outro sentido que remete ao subjetivo, ao encontro de si com o mundo, a um conhecimento que se consolida com a prática. O que é comum, tanto na raiz etimológica como nos significados que foram se desenvolvendo, é o encontro com o fenômeno, no caso da pesquisa, provocado pelo pesquisador, de diferentes maneiras e com diferentes interpretações, dependendo da filiação epistemológica daquele. (Szymansky e Cury, 2004, p.357).

Nessa direção, a **abordagem qualitativa** em pesquisa considera a análise das experiências dos atores envolvidos, além da *inclusão da subjetividade no processo de investigação* (tanto a do pesquisador como a do pesquisando) e a *abrangência do fenômeno pesquisado*, realçando a sua circunscrição e contextualização junto aos demais fenômenos socioeconômico-culturais (Holanda, 2006). Consoante o pensamento de Holanda, Moreira (2002, p.57) acrescenta que as características desse tipo de pesquisa são: foco na interpretação em vez de quantificação; ênfase na subjetividade em vez de na objetividade; flexibilidade no processo de condução da pesquisa; orientação para o processo e não para o resultado; preocupação com o contexto e a experiência dos envolvidos; além do reconhecimento do impacto/relevância sobre a situação pesquisada.

Diante da abordagem qualitativa, a **pesquisa interventiva** foi escolhida como possibilidade de investigação e de intervenção, já que partimos da concepção de que toda e qualquer ação de investigar pressupõe implicações para os atores envolvidos. Nosso interesse não foi apenas o de obter e interpretar dados, mas principalmente o de co-construir conhecimentos mediante um processo dialógico e do engajamento no contexto estudado, e isso pressupõe considerar que toda ação ocorre no espaço do “entre”, ou seja, o que ocorre no processo de co-existência/interação. Segundo Schmidt (2006):

As ideias de ação ou intervenção não são equivalentes, mas sugerem, além da presença do pesquisador como parte do campo investigado, a presença de um outro que, na medida em que participa da pesquisa como sujeito ativo, se educa e se organiza, apropriando-se, para a ação, de um saber construído coletivamente. A alteridade é visada como co-produtora da mudança social e convocada à participação e o pesquisador é obrigado a questionar sua pesquisa e sua pessoa na direção de um engajamento político com a luta popular. (p.15).

A esse respeito, Andrade, Morato & Schmidt (2007) comentam que a presença do pesquisador em um campo de relações é por si mesma *intrusiva e modificadora*, já que o seu movimento em direção ao outro envolve, simultaneamente, o desejo de compreender e de encontrar este outro. E isso requer

O cuidado com a construção democrática da intervenção, derivando na gestão cooperativa dos modos de interpretar as necessidades e no esclarecimento das demandas. (pp. 3- 4)

Segundo Serrano-Garcia e Collazo (1992), citados por Szymansky e Cury (2004), os processos de investigação e intervenção são simultâneos, pois, desde o momento inicial de uma pesquisa onde uma pessoa começa a fazer indagações, altera, de algum modo as pessoas e o entorno onde elas estão. Mas isso não implica

mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. (Rocha e Aguiar, 2007, p. 67).

Retomando ao fundamento dessa pesquisa, que somos seres-no-mundo-com-os-outros, discorreremos sobre a **inspiração Fenomenológica** em pesquisa, essa se alinha à postura interventiva anteriormente discutida, já que nossa forma de abordar o tema investigado não se limita a uma trajetória pré-determinada. Buscamos recolher a experiência dos participantes, de forma a mediá-las, traduzi-las e interpretá-las em seu processo de des-velamento. (Schmidt, 2006; Duarte 2008).

A Fenomenologia consiste na reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra (Bello, 2006). Segundo Armond e Boemer (2004), a Fenomenologia possibilita a aproximação do mundo vivido dos colaboradores/participantes de uma pesquisa, uma vez que se prioriza a percepção de sentimentos, frustrações, inferências e significados atribuídos à situação pesquisada. (Armond e Boemer, 2004)

A Fenomenologia é um método que nos remete ao 'como' de uma investigação, que põe em andamento perguntas e reflexões a partir do que é vivido e que propõe caminhos para se chegar à compreensão; sendo fundamentada, sobretudo, pelo modo com que experienciamos e entramos em contato com o mundo. Assim, a compreensão dos fenômenos ocorre enquanto des-velamento numa dada situação, tempo e espaço. (Perez, 2004).

Na metodologia de investigação Fenomenológica, o pesquisador não vai ter princípios explicativos, teorias ou qualquer definição 'a priori, mas partirá de uma interrogação e não de um problema. Não há um "problema" para ser resolvido, mas sim uma questão mobilizadora que suscita curiosidade por saber/conhecer, ou seja, a tarefa do pesquisador consiste em possibilitar que o fenômeno a ele se desvele. (Boemer, 1994). Para tanto, convém destacar o modo como essa metodologia foi se consolidando ao longo dos anos.

O termo Fenomenologia foi usado pela primeira vez em 1764 por Johann Heinrich Lambert (1728-1777) na obra '*Novo órganon*', a qual se remetia à Fenomenologia como uma teoria da aparência ilusória. Somente em 1770 Emmanuel Kant (1724-1804) retoma a expressão Fenomenologia, definindo-a como uma disciplina propedêutica anterior à Metafísica que visa mostrar os limites entre o mundo sensível e o mundo inteligível. Mais tarde, em 1807, Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) chama de *Fenomenologia do Espírito* a ciência que estuda a sucessão de diferentes fenômenos da consciência que tendem a se constituir como um saber absoluto.

Entretanto, é somente com Hegel que a Fenomenologia define-se enquanto método e Filosofia, na medida em que sua Fenomenologia do espírito anunciava o saber da experiência por intermédio da consciência. E, por último, já no século XX, Edmund Husserl (1859-1938), baseado na ideia de intencionalidade de Franz Clemens Honoratus Hermann Brentano (1838-1917), ajuda a consolidar a Fenomenologia como uma linha de pensamento. Para ele, fenômeno é tudo que está presente na consciência de modo intencional e que o homem atribui significados.

Assim, a Fenomenologia passa a ter o significado de *ciência dos fenômenos ou ciência rigorosa* que visava superar o psicologismo mediante uma análise lógica e matemática sobre os conteúdos do ato de pensar. Husserl acreditava que para se chegar "às coisas mesmas" ou à essência dos fenômenos, era necessário suspender, mesmo que temporariamente, nossos '*a priori*' (preconceitos e julgamentos) em favor de uma ciência das essências e não dos fatos. Isso seria possível por intermédio da descrição dos fenômenos puros. Com

isso, a Fenomenologia conquista seu lugar enquanto método ou modo de ver a essência do mundo e de tudo quanto nele existe. (Dartigues, 2008; Zilles, 1996)

O legado de Husserl foi marcante. Seu pensamento incidiu em diversos campos do saber que ultrapassa o âmbito da Filosofia, uma vez que ele lutava contra a “*absolutização do paradigma científico que empobrece os problemas humanos.*” (Zilles, 1996, p.9).

Um dos alunos e discípulos destacáveis de Husserl_ Martin Heidegger reeditou as ideias do seu mestre e propôs uma nova discussão sobre o que é fenômeno. Ao contrário de Husserl, Heidegger acreditava que o fenômeno não se mostra diretamente via consciência, mas que esse ora se mantém escondido frente ao que se mostra e ora se mostra diante do que está escondido. E é nesse movimento de *des-velamento* que constituímos o seu sentido. Sendo assim, o que acontece é a possibilidade simultânea de algo tornar-se fenômeno e ao mesmo tempo, encobrir-se a ponto de ser tornar-se esquecido.

Silva, Lopes e Diniz (2006) discutem que, na perspectiva Heideggeriana o conceito de fenômeno envolve não só um mostrar-se qualquer, mas o ser dos entes, o seu sentido, suas modificações e derivados. Ainda nessa direção, Critelli (2007) nos diz que para Heidegger o ser não é uma ideia e não se esconde atrás do manifesto, mas é um poder que os entes têm de se manifestarem. Assim, os significados nunca estão nas coisas, mas em nosso mundo humano. A Fenomenologia proporciona um saber que é compreensão, o qual ocorre por intermédio das relações. Portanto, compreender é mais que descrever ou explicar, pois acompanha o modo como conferimos significados às coisas e àquilo que se repete/manifesta em seu processo de singularidade. Com isso, há uma valorização do ser e da busca pela elucidação das estruturas em que a experiência ocorre no cotidiano, compondo o que Heidegger chamou de *Dasein*.

Assim como Lopes e Souza (1997) escolhemos a perspectiva Fenomenológica Heideggeriana como possibilidade de elucidação dos fenômenos por reconhecer que o referencial técnico-científico das ciências naturais não seria

pertinente para esclarecer questões (da existência humana) detectadas ao longo de nosso percurso profissional.

Essa metodologia visa alcançar o que uma dada *experiência* significa para as pessoas que a tiveram e que estão, portanto, aptas a narrar e a compreendê-las. (Holanda, 2006). A pesquisa configura-se, então, como qualitativa, utilizando-se do referencial hermenêutico heideggeriano. Nessa perspectiva, enfatiza-se a circunscrição histórica dos atores envolvidos. Segundo Dilthey, citado por Holanda (2006), para se entender a experiência humana, além de sua descrição é necessário estudar a sua contextualização histórica. Nas palavras de Holanda (2006):

é através do horizonte da experiência (que primeiramente parece nos dizer sobre nossos próprios estados interiores) e de seu “alargamento”, que se passa a saber sobre o mundo externo e sobre as demais pessoas, ou seja, parte-se de si-próprio para expandir o conhecimento. A Hermenêutica procura pela intenção original do autor, pela originalidade do sujeito, mas para tanto, enfatiza a circunscrição histórica do sujeito. (...) a grande contribuição desta metodologia e de seu projeto, é a ideia de interrelação entre ciência, arte e história, para a elaboração de uma interpretação condizente. (pp. 367-368)

Sendo assim, essa pesquisa requer que os atores envolvidos ponham a “experiência à prova”, ou seja, as coloquem sob o prisma da investigação a fim de ampliar os horizontes das possibilidades de manifestação dos fenômenos. Assim, a experiência tem aqui o caráter de *testemunho* e deixa de ser algo supostamente inferior e passível de ilusões. Ela passa, pois, a compor diferentes perspectivas, contribuindo para uma espécie de saber nômade, que se mescla com os sentidos produzidos no exercício de afirmação da alteridade. Para que isso ocorra, é necessário estabelecer uma relação dialógica entre os diferentes pontos de vista dos envolvidos. Nesse sentido, importa mais a possibilidade de criar espaços para a problematização por meio da troca de saberes e afetações que circulam nos encontros entre pesquisador e colaboradores do que validar teorias ou privilegiar um dos saberes em questão; até porque não há hipóteses a priori a serem confirmadas. Tudo será construído no e pelo encontro dialógico.

Pesquisar nessa perspectiva consiste, pois, em colocar questões em andamento (Cabral e Morato, 2003). Afinal, trata-se de uma busca orientada para a construção de sentidos por intermédio do diálogo onde os colaboradores são vistos como co-construtores ativos da co-construção de conhecimentos. Szymansky (2004) explicita essa questão dizendo que tal postura compreensiva (experienciada na troca intersubjetiva) baseia-se na acepção Heideggeriana de “pensamento que pensa o sentido”. Isso só se torna possível quando se ultrapassa a consciência, realiza-se uma escuta atenta/sensível e se posiciona com serenidade diante do que é digno de ser questionado. Diante do exposto, seguiremos com a devida contextualização do percurso metodológico.

5.2. PERCURSO METODOLÓGICO E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

A pesquisa ocorreu no cotidiano de serviços recifenses de Oncologia Pediátrica no período de janeiro de 2010 a março de 2011, exigindo rigor e respeito à ética da prática profissional dos envolvidos na pesquisa. Para tanto, utilizamos procedimentos participativos pertinentes ao campo investigado, os quais incluíram os três momentos descritos a seguir.

5.2.1. Primeiro momento: as entrevistas individuais

Desde janeiro de 2010, começamos a visitar as instituições participantes da pesquisa (hospitais e clínicas especializadas em tratamento do câncer da rede pública e privada de saúde da cidade do Recife-PE) em busca de encontrar psicólogos que trabalhassem nessa área, e mais especificamente, na assistência às crianças com câncer.

Primeiramente, reunimos o contato de nove psicólogas atuantes em Oncologia Pediátrica em seis instituições por intermédio de informações dessas mesmas instituições e de contatos telefônicos com profissionais dos serviços de

Oncologia. A partir disso, fizemos contato via telefone com cada possível participante para agendar um horário e assim, apresentar a pesquisa em questão e consultar a sua possibilidade de participação. Após esses encontros individuais nas instituições, obtivemos a anuência de todas elas que concordaram participar espontaneamente da pesquisa.

Diante disso, estivemos em Recife-PE quinzenalmente, durante o primeiro semestre de 2010 a fim de resolver as questões do comitê de ética em pesquisa (CEP) e obter o consentimento para iniciar a *colheita de dados*¹². Além de submissão e aprovação do projeto de doutorado ao CEP da UFES; também tivemos de submetê-lo à avaliação por um comitê de ética local, uma vez que duas instituições alegaram que só emitiriam parecer favorável mediante aprovação em um comitê do estado onde seria realizada a pesquisa. E assim foi feito; contudo, uma das instituições só liberou confirmação após seis meses de tentativas.

O período de espera da aprovação foi demorado e repleto de burocratização. Houve dias em que o desgaste por informações truncadas e processos decisórios verticalizantes dificultaram a observação para além das questões de poder institucional. Uma das instituições participantes exigiu que a execução deste projeto fosse acompanhado/supervisionado por um de seus funcionários do CEP como garantia de que o mesmo seria executado mediante parâmetros éticos. Apesar das dificuldades, obtivemos parecer favorável (CAAE número 0051.0.447.447-10) em janeiro de 2011.

Participaram desta pesquisa nove psicólogas, que foram denominadas **colaboradoras**. As mesmas provêm de cinco instituições, sendo quatro públicas e uma privada. Apenas uma das colaboradoras, por pedido próprio, não pôde

¹² **Colheita de dados** é um termo utilizado na metodologia Fenomenológica em vez de coleta de dados, pois se presume que a palavra coleta dá uma idéia de ir ao encontro de algo/dado que já existe ou está pronto. Já colheita nos remete ao sentido de construção coletiva e processual dos dados na qual o pesquisa re-colhe as experiências dos participantes através de uma relação dialógica.

continuar até a fase final da pesquisa, tendo realizado apenas a entrevista inicial. As demais continuaram, sendo que duas delas não participaram do grupo focal devido à incompatibilidade de horários e demais participaram de todas as etapas metodológicas, que incluíram: 1) entrevista inicial com *literalização*¹³, 2) grupo focal com literalização e 3) devolutiva de questionamentos.

Sobre as colaboradoras, todas são do sexo feminino e possuem um tempo de prática na OP que varia de 02 a 18 anos em instituições públicas e privadas, sendo a maioria proveniente de instituições públicas. A faixa etária variou de 25 a 45 anos, aproximadamente. A inserção na área se deu por concurso, escolha pessoal, convites e oportunidades ocasionais. Três delas possuem pós-graduação (*stricto sensu e lato sensu*), estando a maioria vinculada a programas de estágio profissional na área de psicologia hospitalar, possuindo outras atividades, tais como consultório clínico privado, preceptoria de estágio, docência, gestão de grupos e participações eventuais em programas de pós-graduação (especialização). Além disso, todas referiram possuir vinculação a um dado credo religioso/espiritual seja este impulsionado pelo contato com a OP, seja este preexistente.

Os **cuidados éticos envolveram** assinatura dos Termos do Consentimento livre e esclarecido/TCLE (em anexo) pelas colaboradoras e emissão de Cartas de Anuência de todas as instituições participantes. Todas as colaboradoras foram informadas quanto aos procedimentos metodológicos utilizados, sendo-lhes atribuídos nomes fictícios por uma questão de sigilo. Portanto, a participação na pesquisa não envolveu riscos.

Os **critérios de inclusão das colaboradoras** na pesquisa foram: estar empregada ou ser uma prestadora de serviço em instituições públicas ou privadas de Oncologia Pediátrica; possuir pelo menos um ano de prática nessa área e estar trabalhando (diretamente) no campo da assistência às crianças

¹³ **Literalização** é uma técnica de pesquisa proposta por Schmidt (1990) que consiste em transformar as narrativas em um texto literário através da condensação e organização cuidadosa dos depoimentos de cada um dos colaboradores de uma pesquisa, resguardando o máximo possível das propriedades da linguagem oral e a tonalidade afetiva correspondente às falas.

com câncer. Isso foi feito com o intuito de delinear melhor seus percursos e práticas profissionais. Todas elas foram previamente informadas sobre os objetivos e procedimentos usados ao longo pesquisa. Consideramos instituições públicas e privadas devido ao pequeno número de profissionais que atuam nessa área em Recife-PE.

Quanto às **visitas ao campo**, essas ocorreram entre os meses de janeiro de 2010 a março de 2011 mediante prévio agendamento nas instituições participantes. Todas as colaboradoras estiveram presentes no momento das visitas, demonstrando disponibilidade em co-laborar. Nem mesmo as chuvas fortes, as longas filas de espera ou obrigações institucionais constituíram impeditivos para a realização da pesquisa. Estivemos em contato via email durante todo esse período a fim de enviar e receber as narrativas¹⁴ (oriunda das entrevistas e do grupo focal) devidamente literalizadas. As transcrições demandaram muito tempo e escuta atenta, tendo em vista a densidade dos conteúdos e o longo período de gravação.

Como **principais dificuldades**, destacamos os entraves institucionais de nossa instituição de trabalho em nos conceder o devido afastamento que viabilizasse as viagens até Recife-PE; o que acabou exigindo ajustes na última etapa metodológica da pesquisa, que, a princípio seria uma etnografia em uma das instituições participantes, mas que, no decorrer da pesquisa, se revelou como inviável devido a distância geográfica e aos entraves supracitados. Além disso, o nosso período de férias, que seria comumente usado para a etnografia, acabou coincidindo com as férias da maioria das colaboradoras, resultando em seu afastamento das instituições. Contudo, tais dificuldades não comprometeram a qualidade do trabalho nem confundiram nosso entusiasmo e vontade de prosseguir. A última etapa do que seria a etnografia foi, então, substituída por encontros em minigrupos e/ou individuais em cada uma das instituições

¹⁴ **Narrativa** é a maneira pela qual se transmite a experiência. Esta, por sua vez, adquire valor de testemunho dos acontecimentos vividos. Já que a experiência é polissêmica, cabe ao pesquisador buscar compreendê-la através de um contato profundo com a sua expressão nas narrativas. Em nosso caso, optamos pela narrativa em razão de sua estreita relação com a transmissão da experiência.

participantes, nos quais compartilhamos e registramos nossas impressões sobre os questionamentos, que surgiram ao longo do grupo focal e da pesquisa como um todo.

Os **locais** destinados à colheita de dados foram seis instituições nas quais as colaboradoras trabalham, mas houve também a inclusão de um consultório particular de uma delas por questão de maior conveniência para uma delas naquela ocasião. Quanto às visitas, estas serão detalhadas a seguir.

A primeira visita ocorreu às 11 horas da manhã em janeiro de 2010 em um serviço especializado. Nessa instituição, fomos recepcionados pela psicóloga do serviço, a qual nos acolheu e demonstrou cordialidade, aceitando fazer a entrevista mediante a apresentação do parecer do CEP. A entrevista transcorreu em sala de consulta médica durante aproximadamente duas horas. Nela, a profissional mencionou sua trajetória prática em OP, chegando a se emocionar durante a narrativa de casos clínicos e de questões ligadas à finitude. Esperamos cerca de 20 minutos e os funcionários da recepção nos encaminharam ao setor de Psicologia com informações precisas, mas alegando que a profissional que procurávamos estava de licença e, de fato, estava, porém compareceu nesse dia para nos conceder a entrevista. Percebemos os funcionários atentos ao nosso pedido. A profissional estava à vontade com o gravador e falou bastante de sua prática, ilustrando-a com exemplos.

A segunda entrevista ocorreu em consultório particular de uma profissional, por sugestão da mesma, também em janeiro de 2010. Nesse dia, houve um acidente de trânsito no meio do percurso e chegamos atrasados devido ao engarrafamento. Liguei avisando o motivo do atraso e a sua secretária nos garantiu que ela esperaria. De fato, esperou e nos recebeu bem. Concedeu a entrevista após a apresentação da pesquisa e dos documentos, mas enfatizou que a maior parte de sua prática ocorrera com adultos.

A terceira, quarta e quinta entrevistas ocorreram no mesmo dia em outra instituição participante. Apresentei a proposta da pesquisa a três profissionais e cada uma delas concedeu a entrevista individualmente. Nessa instituição, tivemos

a impressão de que tais profissionais já estão mais habituados com o cotidiano da pesquisa e das atividades acadêmicas, facilitando a abertura e a fluidez do diálogo.

A sexta e sétima entrevistas ocorreram em outra instituição na qual já havia tido contato durante nossa formação. Voltar a esse lugar nos trouxe a sensação de espaço conhecido, mesmo com as diferenças arquitetônicas nítidas. Não havia mais nenhum profissional que conhecíamos por lá. Passamos pelos corredores em busca de conhecer os novos psicólogos, e nesse meio tempo, presenciamos muitas pessoas deitadas pelo chão, com a cabeça coberta, olhar distante, aparência pálida e corpo esquelético. Essas imagens nos sensibilizaram e nos convocam a desacelerar o passo, a “olhar para ver” cada vida que ali se debruçava sobre os corredores. Ao entrar na sala de Psicologia e ali permanecer à espera das profissionais, percebemos que havia uma senhora ao nosso lado falando do medo de fazer a cirurgia de mama e que já havia perdido o emprego devido a sua incapacidade para carregar peso. Falava de sua filha como sendo sua principal cuidadora e incentivadora. Perguntamos à recepcionista, nessa hora, se a psicóloga ainda tinha muitos pacientes para atender e essa senhora nos pergunta se nós também aguardávamos para ser atendida, para a qual respondemos que não. Ela começa a conversar e pergunta sobre nossa profissão. Ao responder, essa senhora narra sua história e faz o seguinte comentário: “eu melhorei muito quando comecei a vir para a consulta da psicóloga, mas no começo eu não queria vir”. Diante disso, despedimo-nos, e fomos para outra sala com a participante da pesquisa que acabara de me chamar. Tivemos várias interrupções de profissionais, que batiam em sua sala, perguntavam sobre pacientes e pediam informações. A profissional agiu de modo espontâneo, nos pediu desculpas e manteve a fala na sequência do que já vinha falando, demonstrando atenção e desenvoltura. Ao longo da entrevista, compartilhamos momentos de conversação quando ela demonstrou envolvimento e afetação com o tema da pesquisa. Foi uma longa conversa e nessa pudemos trocar experiências sobre a prática psicológica com crianças com câncer. Essa profissional demonstrou calma, segurança e disponibilidade, o que nos ajudou a não perder o foco da conversa.

Já a segunda profissional da mesma instituição acima se apresentou e logo acrescentou que tinha pouco tempo de prática. Demonstrava ansiedade, alegando que achava que não contribuiria muito devido ao pouco tempo de formação. Admitiu que tem revisado seu referencial teórico (psicanalítico) devido às necessidades da Oncologia, sobretudo da OP, na qual se sente impelida a ter uma postura “mais Humanista-Existencial” devido ao teor das colocações e demandas dos pacientes. Esse encontro fluiu, apesar da preocupação da profissional em corresponder com as expectativas do trabalho. Contudo, ao longo da conversa, ela parecia menos tensa, sobretudo quando me coloquei a relatar experiências de minha prática há anos atrás; isso pareceu acalmá-la e a fez voltar-se para a própria experiência.

A **oitava e a nona entrevista** ocorreram em outra instituição em fevereiro e março de 2010 após o preenchimento de alguns trâmites burocráticos exigidos, tais como a leitura prévia e aprovação do projeto de pesquisa pelo setor de Psicologia. A **oitava entrevista** ocorreu em sala arejada e sem interferências durante aproximadamente três horas, período no qual conversamos sobre a sua experiência de modo aprofundado. A profissional narrou episódios ao longo de vários anos de prática com desenvoltura e sem nenhuma interrupção externa. Ao final, agradeceu pela oportunidade de colaborar com a pesquisa e se dispôs a continuar ajudando no que fosse necessário. Sua atitude de abertura facilitou o encontro e o diálogo.

E, por último, a **nona entrevista**, ocorreu em um ambulatório hospitalar em horário previamente agendado após o atendimento de pacientes. Esse encontro ocorreu durante cerca de 1 hora e meia e envolveu um diálogo sobre a prática psicológica e algumas relações com a formação e docência. A colaboradora demonstrou atenção e expressou vontade em participar, mesmo admitindo que sua experiência seja mais direcionada aos familiares das crianças com câncer. Narrou situações limítrofes enfrentadas ao longo de sua trajetória profissional em OP, a partir das quais, teceu reflexões.

5.2.2. Segundo momento: o grupo focal

De janeiro a junho de 2010, participamos como ouvinte de uma disciplina sobre a Psicologia Fenomenológica no doutorado na Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP, em Recife-PE. Viajei quinzenalmente a fim de assistir às aulas, participar das discussões a construir o capítulo da fundamentação teórica. Esse foi um período de intensa correria, aprendizagem e cansaço, pois, além das viagens, do trabalho e das aulas, ainda estávamos tentando complementar nossa colheita de dados devido a algumas exigências burocráticas do comitê de ética local. Passados alguns meses, enfim, conseguimos concluir a colheita. As profissionais dessa instituição me ajudaram bastante na medida em que me indicaram as pessoas a quem recorrer e ofereceram o espaço institucional para as eventuais necessidades da pesquisa.

Nesse período, também ficamos transcrevendo e literalizando todas as entrevistas e devolvemos-a a cada uma das profissionais via email, as quais nos responderam confirmando a narrativa individual até junho de 2010. Nenhuma teve acesso à narrativa das demais. Apenas uma das colaboradoras (a que só participou da entrevista) demorou um pouco mais para nos devolver, e mesmo assim, o fez, demonstrando solicitude.

Uma questão que nos chamou atenção foi a colocação de uma das profissionais que nos questionou se eu iria publicar o material da colheita antes da tese e da anuência das colaboradoras, pois alguém já teria feito uma entrevista com ela, divulgando os dados sem a sua anuência. Conversamos via email e esclarecemos que os dados só seriam publicados na tese e que ninguém teria sua identidade revelada. Após tais esclarecimentos, a mesma confiou em nós e nos enviou a narrativa via email com vários cortes/edições em sua própria fala, suprimindo todos os momentos que se referia à instituição na qual estava vinculada.

Em julho de 2010, tentamos marcar o *grupo focal*¹⁵, mas, devido ao período de férias da maioria das entrevistadas, foi inviável. Marcamos para o dia 5 de agosto de 2010, conforme sugestão da maioria. Apenas duas profissionais não compareceram ao grupo. Uma delas teve um imprevisto com uma viagem de trabalho, e a outra não conseguiu remarcar uma aula naquele mesmo dia e horário. Como já estávamos a pelo menos três meses tentando marcar, fizemos o grupo assim mesmo.

No dia do grupo focal, choveu bastante em Recife-PE, dificultando o acesso ao local de sua realização (uma instituição participante) e atrasando o seu início devido ao engarrafamento e alagamento provocados. Estava previsto para iniciarmos às 8 horas e 30 minutos, mas só começamos às 9:30 horas. Quando chegamos já se encontrava presente uma das profissionais, o que nos deixou surpresa, pois não esperávamos que ela aderisse ao grupo devido a preocupação, que anunciara anteriormente, quanto ao pouco tempo de prática.

O local reservado para o grupo foi uma sala ampla, arejada e livre de barulhos. Em seu centro, havia uma mesa grande e várias cadeias em volta, além de um computador e mesa pequena no canto direito. Chegamos às 8 horas e organizamos um lanche para as colaboradoras. Contamos com a ajuda de alguns funcionários e voluntários do grupo de apoio a criança com câncer, além de um técnico de som, que providenciou a gravação em áudio mediante a instalação de dois microfones e de um programa computadorizado para reprodução de voz.

Enquanto as demais colaboradoras não chegavam, providenciamos a mesa do lanche e a água, conversamos informalmente e apresentei as profissionais entre si. As duas últimas a chegar já haviam nos ligado justificando o atraso devido aos percalços da chuva. Pedimos licença ao grupo para o técnico de som permanecer no local até o teste do equipamento de áudio e todas concordaram em o mesmo permanecer até o final do grupo. Isso não fora empecilho para o prosseguimento. Não tivemos nenhuma interrupção ao longo do

¹⁵ **Grupo focal** é uma técnica de pesquisa oriunda das ciências sociais que consiste no debate orientado para uma questão que se pretende investigar.

grupo, pois a sala estava fechada e os funcionários devidamente avisados sobre o evento.

Começamos o grupo falando que daríamos prosseguimento à pesquisa “Cuidado em Oncologia Pediátrica: concepções e práticas de psicólogos em Recife-PE” e afirmamos que se tratava de um momento para compartilharmos as experiências da prática nessa área, e assim, avançarmos coletivamente na compreensão do tema. Falamos que não estaríamos ali apenas para observar, mas também para participar juntamente com o grupo na medida em que sentíssemos necessidade de esclarecer, comentar ou trocar experiências sobre o que seria falado. Reiteramos que a duração do grupo seria delimitada pelas mesmas e que, na medida em que identificássemos já ter explorado o tema, encerraríamos a discussão mediante acordo coletivo.

O **grupo focal** demorou aproximadamente duas horas e, ao final, tivemos um lanche, mas ainda permanecemos no local um bom tempo até nos despedirmos. Foi unânime: todas falaram ter apreciado a oportunidade do grupo para trocar experiências e, inclusive, para se conhecerem, já que algumas haviam ingressado na OP há pouco tempo. Agradecemos a participação e a disponibilidade das presentes. Em seguida, combinamos quanto ao recebimento da transcrição via email e fechamos o encontro. Continuamos a nos comunicar via email, quando uma das colaboradoras que faltou ao grupo me enviou email lamentando não ter podido participar e que gostaria de ser informada quanto a todos os passos da pesquisa de agora em diante também. Aproveitamos o ensejo e escrevemos para todas as colaboradoras agradecendo-lhes a participação e informando-as sobre a devolutiva das transcrições via email, e todas concordaram. Após três meses, enviamos as transcrições já literalizadas para o email de cada uma das colaboradoras, solicitando a devolutiva individual com as possíveis edições.

5.2.3. Terceiro momento: diálogo com as colaboradoras

O retorno da literalização do grupo focal demorou, aproximadamente, dois meses. Após o recebimento, enviamos por email alguns questionamentos, que surgiram durante e após o grupo focal para todas as colaboradoras. Obtivemos respostas de seis delas, inclusive de uma colaboradora ausente do grupo focal. Em fevereiro de 2011, algumas se dispuseram a conversar sobre os questionamentos e marcamos encontros com elas; dessa vez, em pequenos grupos em suas respectivas instituições. Nos encontros, dialogamos sobre a co-construção da pesquisa e atualizamos reflexões a respeito das questões levantadas após o grupo focal. Esses diálogos foram registrados em áudio mp3 e em diário de campo para fins de análise. Em síntese, os procedimentos utilizados foram:

- Submissão do projeto de doutorado ao Comitê de Ética em pesquisa da UFES;
- Submissão do parecer favorável do comitê de ética em Pesquisa da UFES para as instituições envolvidas e nas quais os psicólogos trabalham a fim de obter as cartas de anuência das mesmas (exigência das instituições);
- Contato com as instituições envolvidas a fim de apresentar formalmente o projeto, entregar o parecer do comitê de ética em pesquisa da UFES e solicitar cartas de anuência para desenvolvimento da pesquisa;
- Contato com as colaboradoras a fim de apresentar o projeto de pesquisa, marcar entrevistas individuais e grupo focal;
- Submissão e aprovação do projeto ao Comitê de ética e pesquisa da Sociedade Pernambucana de combate ao câncer;
- Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- Visitas institucionais e registros em diário de campo;

- Realização de entrevistas individuais com gravação em áudio mp3, seguidas por transcrição e literalização;
- Realização de grupo focal com gravação em áudio mp3, seguido por transcrição e literalização;
- Envio de transcrição da literalização do grupo focal via email com obtenção de devolutiva dos participantes;
- Encontros individuais e em minigrupos com colaboradoras com duas finalidades: obter e registrar esclarecimentos sobre questionamentos oriundos do grupo focal e dialogar a respeito dos resultados parciais e das temáticas de análise;
- Confecção da tese e submissão à banca examinadora.

Sendo assim, a colheita de dados que compuseram o processo investigativo ocorreu a partir de uma relação de co-construção entre pesquisadora-pesquisandos e foi efetivado somente após a qualificação e obtenção de aprovação pelos comitês de ética em pesquisa com seres humanos da UFES/Vitória-ES e da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer/Recife-PE.

5.3. Instrumentos para colheita de dados

Os **instrumentos** utilizados para essa colheita de dados foram: 1) **diários de campo** constando o registro das observações realizadas *in loco*, 2) **entrevistas individuais** contendo duas perguntas norteadoras: como é para vocês trabalhar com crianças que têm câncer? Como você concebe o cuidado em Oncologia Pediátrica? Essas perguntas foram utilizadas e 3) **grupo focal** com as colaboradoras.

Sobre os *diários de campo* ou *diários de bordo*, como alguns autores designam, esses constituem o caderno de registro do pesquisador, no qual se

anotam as situações vivenciadas, as impressões, afetações e implicações experimentadas no encontro com o campo durante o processo investigativo. Já que o campo de uma pesquisa constitui-se pelo recorte que fazemos em termos de *locus* da investigação, ele representa uma realidade empírica a ser estudada onde se concretizam as interações humanas.

O diário de campo deve, pois, agregar uma escrita etnográfica por excelência (Duarte, 2008). Em suma, nele encontram-se registradas as experiências do pesquisador com os pesquisandos em seu campo. Contudo, ainda considerado um instrumento “marginal” sob o crivo positivista, mas que possui um relevante potencial hermenêutico, visto que abre espaço para reflexões oriundas de saberes especializados e da experiência dos participantes em prol de uma construção democrática do conhecimento. (Schmidt, 2006)

Entretanto, o diário de campo ficou conhecido a partir dos trabalhos do Antropólogo polaco Bronislaw Kasper Malinowsky (1884-1942). Ele introduziu um novo método de pesquisa para além dos “gabinetes acadêmicos”, sendo considerado o fundador da antropologia social, sobretudo a partir de sua experiência de pesquisa com populações na Nova Guiné.

A prática de registrar o que acontece ao longo da “viagem” do pesquisador nos leva a compor narrativas orientadas por uma ação reflexiva, que, por sua vez, estão grávidas de sentidos. Portanto, o diário de campo ao privilegiar a experiência humana e sua significação para os participantes, também se presta à rememoração e revivência das experiências, aproximando-se de nossa opção metodológica. Diante disso, nosso diário de campo envolveu registros desde a nossa entrada no campo até a conclusão da colheita de dados.

Optamos também pelas *entrevistas individuais* no início desta pesquisa como forma de investigar, a partir da conversação com as colaboradoras, como se dá a prática psicológica em OP e quais as concepções de cuidado expressas pelas mesmas. As perguntas de caráter aberto serviram como uma forma de provocar a ação da narrativa. Para se obter uma narrativa espontânea, dialogamos a partir das colocações das entrevistadas, estimulando-as a

rememorar sua existência enquanto psicólogas-com-crianças-com-câncer. Portanto, ao privilegiar a experiência, solicitamos que a mesma fosse narrada pelas colaboradoras. E, sendo interventiva, a pesquisa teve também o intuito de compreender as possibilidades de atenção à criança com câncer, a partir das demandas apresentadas pelas colaboradoras.

Brito (2002), citado por Machado e Jorge (2005), enfatiza a relevância das perguntas norteadoras na pesquisa Fenomenológica,

uma vez que ela dá início ao diálogo e permite sua continuidade conforme as respostas dos entrevistados, propiciando liberdade tanto para a descrição do entrevistado quanto para novas formulações suscitadas pelo entrevistador no transcorrer da conversa. (Machado e Jorge, 2005, p. 201).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio mp3, transcritas na íntegra, e enviadas (individualmente) para cada colaboradora mediante correio eletrônico. Solicitamos que todas realizassem uma revisão de suas narrativas e, caso julgassem necessário, poderiam inserir modificações. No período das revisões, também frequentamos os serviços, mas só as obtemos pelo correio eletrônico. Muitas, nesse período, chegaram a expressar o quão significativo foi *“receber sua fala de volta.”* Isso nos remeteu aos princípios e cuidados preconizados pela metodologia Fenomenológica, na qual o pesquisando não é tratado como mero objeto de estudo, mas, antes de tudo, como “co-elaborador” ativo, um co-construtor do conhecimento junto ao pesquisador. Antes de qualquer uso do material produzido no e pelo encontro entre os envolvidos em uma pesquisa, o colaborador é o primeiro a ser consultado quanto ao testemunho de sua experiência e, somente após a sua confirmação, é que se procede à “tecitura” dos momentos, que compuseram a pesquisa, considerando todos os imperativos éticos necessários.

Para Carvalho (1991), uma entrevista Fenomenológica pode nos ajudar a compreender as experiências por meio do ver e do acompanhar a fala, já que não se tem um roteiro prévio a ser executado, mas se parte de uma postura de abertura que levará à compreensão. Nessa ótica, compreender coincide com o que Heidegger chama de abertura para com as possibilidades de des-velamento

do ser. Não se trata de explicar mediante uma lógica racional, já que não se trata de fatos e causas, mas de vivências e sentidos. Compreender seria admitir as diferentes versões/perspectivas que o homem constrói em seus modos de estar-no-mundo-com-os outros.

Nessa pesquisa, parafraseando Lopes e Souza (1997, p.7) *o alcance da estrutura do fenômeno foi possível pela análise compreensiva e interpretativa dos depoimentos de quem, “ex-sistindo”, vivencia a experiência.* Nesse caso, a experiência de quem acompanha crianças em sofrimento oncológico a partir da prática psicológica.

E no que se refere ao **grupo focal**, elegemos como tema de discussão: *cuidado e Oncologia Pediátrica: concepções e práticas de psicólogos em Recife-PE.* Essa atividade foi desenvolvida a fim de aprofundar a investigação e destacar temas e problemáticas vivenciadas nas situações cotidianas. O *grupo focal* consiste em uma discussão focada em tópicos específicos e diretivos acerca de um dado assunto. É uma técnica de baixo custo, que busca a compreensão de diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço a fim de *completar informações, conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos.* (Lervolino e Pelicioni, 2001, p. 115). Assemelha-se a um tipo de entrevista grupal, cuja característica principal é a interação e a troca entre os atores envolvidos. Segundo Neto, Moreira e Sucena (2002)

os grupos focais vêm, desde a década de 80, conquistando um locus privilegiado nas mais diversas áreas de estudo. Tal crescimento foi, em grande medida, impulsionado pela pesquisa de mercado, que, resgatando procedimentos clássicos das ciências sociais, das áreas de Psicologia e serviço social, conjugados às “modernas” tecnologias e paradigmas de business, marketing e mídia, reelaborou-a com o objetivo de captar os anseios dos consumidores, definindo padrões a serem seguidos pelas empresas em seus futuros lançamentos. (p.1)

De um modo geral, vale salientar que, no investigar fenomenológico, os instrumentos são considerados provisórios e secundários. A investigação deve estar orientada, principalmente, pelo homem no seu ser-estar-sendo-no-mundo, já

que a questão do ser é ponto de partida para todo e qualquer processo de construção de conhecimento. Nas palavras de Critelli (2007):

O investigar que se proponha interrogar as ações humanas deve, por princípio, ser mais abrangente do que os instrumentos que selecionar; deve poder empreender-se na independência deles, e orientado pelo homem mesmo em seu estar-sendo-no-mundo. (p.28)

5.4. Técnicas utilizadas para colheita de dados

As **técnicas** utilizadas incluíram a **narrativa** segundo a ótica de Walter Benjamin (1892-1940) e a **literalização** (Schmidt, 1990). Anteriormente referimo-nos a essas técnicas, cabendo, portanto, esclarecê-las.

Partimos da noção de narrativa tal como compreendida por Benjamin (1994), que consiste em emitir um depoimento ou testemunho da experiência vivida juntamente com suas ambiguidades. Por intermédio da narrativa, transmitimos significados de nossa existência no mundo; por isso Dutra (2002) a considera como técnica legítima da pesquisa Fenomenológica já que se interessa pela investigação da experiência como dimensão existencial do vivido (Dutra, 2002).

Para Benjamin (1985), o narrador transita entre as figuras dos mestres e dos sábios, dando conselhos para muitos com base no acervo de sua experiência ou da experiência alheia. Recorremos ao que discutimos na dissertação de mestrado como forma de ilustrar a narrativa:

A narrativa não seria uma lembrança acabada, e sim, um intercâmbio de experiências, pois na medida em que narramos algo, também re-significamos e re-vivemos o que foi dito. O ato de narrar está impregnado pelo sentido da subjetividade de quem o realiza. Deste modo, o narrador retira da experiência o que ele conta, ou seja, a sua própria experiência ou aquela relatada pelos outros, incorporando as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes. Assim sendo, temos que a subjetividade do pesquisador está implicada em todo o seu percurso investigativo. (Perez, 2004, p.89)

Segundo Dutra (2002), por meio dessa técnica, podemos não só compartilhar experiências, mas também perpetuá-las e transmití-las oralmente de

geração em geração, o que a aproxima da compreensão de Heidegger acerca da linguagem enquanto dimensão constitutiva do ser.

Na ótica de Benjamin (1985), narrar é criar sentidos, é intercambiar experiências. Por isso, essa técnica também se torna apropriada à pesquisa de inspiração Fenomenológica. Em nosso caso, optamos pela narrativa em razão de sua estreita relação com a transmissão da experiência, já que ela não implica apenas em mera descrição dos fatos ou na veracidade deles, mas sim em uma re-construção da fala a partir da própria experiência de quem a emite. (Perez, 2004)

Para Schmidt (1990), literalizar consiste em transformar as narrativas orais em um texto literário, ou seja, seria “editar” os testemunhos dos participantes de uma pesquisa sem perder de vista o seu sentido, mas suprimindo repetições excessivas, erros de concordância e condensando as falas em parágrafos, que versam sobre o mesmo assunto. É transformar a fala em texto.

As *falas* das colaboradoras em questão podem ser compreendidas como *testemunho* do vivido. Segundo Critelli (2007), o testemunho equivale ao “olhar do eu,” que vai se configurando à partir do “olhar do outro” e da relação com estes no mundo. Assim, na medida em que se fala de uma experiência, testemunham-se os acontecimentos, que, por sua vez, sugerem o des-velamento do vivido.

Para trilhar o caminho metodológico da Fenomenologia, é preciso haver uma postura/atitude de abertura para com o fenômeno que se visa compreender; por isso, buscamos contemplar a experiência de quem vivencia uma determinada situação ligada ao contexto pesquisado. Os participantes não são vistos como ‘sujeitos’, mas *parceiros* no processo de descoberta (Boemer, 1994). O que impulsiona o pesquisador é exatamente esse percurso ‘obscuro,’ que vai se iluminando e ganhando contornos na medida em que o fenômeno se des-vela diante do olhar atento do pesquisador, fazendo surgir questões inquietadoras.

Nossas inquietações nos levaram às seguintes perguntas: Como é para você trabalhar com crianças que têm câncer? Como você concebe o cuidado em Oncologia Pediátrica?

5.5. Proposta de análise dos dados

A colheita de dados se processou com a efetivação da leitura e reflexão das entrevistas (EI), do grupo focal (GF), das observações de campo (OC) e das notas dos diálogos (ND) com as colaboradoras, a proposta de análise foi construída com base na **Analítica do Sentido** de Critelli (2007), que, por sua vez, é oriunda da Ontologia Hermenêutica Heideggeriana.

Assim, torna-se relevante esclarecer o termo ‘analítica’ presente nos trabalhos de Heidegger (1999) e de Critelli (2007). Mattar e Sá (2008), baseados em Heidegger (2001) nos dizem que há uma diferença de sentido entre os termos análise e analítica. A análise foi sendo afastada de seu sentido originário, passando a significar uma mera decomposição dos fenômenos em elementos/partes assim como ocorre na química. Recuperando o sentido original, Heidegger (2001) releva que *análise vem do grego *analisein*, que significa o destecer de uma trama, ou libertar, soltar alguém ou alguma coisa das amarras.* (Mattar e Sá 1997, p.191)

Já o termo *analítica* utilizado por Kant e retomado por Heidegger, é uma tentativa de superar a decomposição e a desintegração do fenômeno. Na ótica Heideggeriana, seria necessário resgatar o caráter originário, o sentido e a condição de possibilidade implícita na análise. Assim, a analítica é algo que vai além da análise elementarista, pois trabalha em prol do processo de “soltar, desfazer e libertar a trama dos sentidos”, ou seja, visa reconduzir o pesquisador à capacidade de compreender as condições da possibilidade da experiência e não a fragmentação/decomposição da realidade à serviço de uma explicação causal (Heidegger, 2001).

Na obra “Ser e Tempo” (1927/1989), Heidegger realizou a Analítica da Existência, por meio da qual se opôs a uma ideia de “análise” presente nas ciências moderna. (Mattar e Sá, 1997). Nas palavras do próprio Heidegger (2001):

A finalidade da analítica é, pois, evidenciar a unidade original da função da capacidade de compreensão. A analítica trata de um retroceder a uma ‘conexão em um sistema’. A analítica tem a tarefa de mostrar o todo de uma unidade de

condições ontológicas. A analítica como analítica ontológica não é um decompor em elementos, mas a articulação da unidade de uma estrutura. (p 141)

O sentido heideggeriano dado à analítica requer a consideração pelo ser-homem como *Dasein* e não ao homem como subjetividade ou consciência do eu transcendental. Assim, a Daseinanalyse evita as objetificações da ciência e do senso comum, pautando-se por uma

atitude reflexiva que remeta o *Dasein* à sua unidade ontológica originária, aos caracteres existenciais que constituem seu ser de modo geral: temporalidade, espacialidade, corporeidade, cuidado, angústia, afinação ou humor e ser-para-a-morte. (Mattar e Sá, 2008, p 195)

Mediante a Analítica do Sentido, podemos olhar e captar a manifestação dos modos do fenômeno a ser conhecido por meio de um movimento circular que anuncia novas possibilidades de sentido. É o movimento de abertura e circularidade que caracterizam a Hermenêutica. Vejamos o que Heidegger (2001) nos fala a respeito:

Toda relação de pergunta e resposta move-se inevitável e constantemente em círculo. Só que não é um círculo vicioso, um círculo que deveria ser evitado por ser supostamente errado. Antes, o círculo pertence à essência de todo perguntar e responder. É possível que eu já tenha um conhecimento daquilo pelo que pergunto, mas isto não quer dizer que já reconheci aquilo pelo que pergunto, reconheci no sentido de ter apreendido e determinado tematicamente. (p.64)

Para a Hermenêutica filosófica¹⁶, todo conhecimento é tido como interpretação e visa ao sentido, o entendimento baseado em noções existenciais como disposição, compreensão interpretação, linguagem, pensamento.

¹⁶ **Hermenêutica filosófica** é um termo também conhecido como filosofia/sabedoria prática e se refere à explicitação/interpretação dos fenômenos mediante a compreensão do intérprete. Hermenêutica é tornar algo (antes ininteligível) em algo compreensível por meio das palavras. O termo foi usado por Wilhelm Dilthey (1833-1911) para designar o alicerce de sustentação epistemológica das ciências humanas. Heidegger afirmou que a hermenêutica é um modo de existência anterior à atividade interpretativa, ou seja, é compreensão composta de pré-juízos e pré-conceitos. Mas foi o filósofo alemão Hans-George Gadamer (1900-2002) quem deu ao fenômeno do compreender uma nova conotação. Para ele, a compreensão não apresenta uma estrutura tipicamente circular, mas espiral que consiste em deixar que o texto nos diga algo e não

Segundo Ayres (2005) as ciências hermenêuticas, ou ciências do espírito conforme designação de Dilthey são aquelas construídas a partir do significado e da interpretação, formando “*um saber compreensivo, orientado pelas relações parte-todo e motivado por interesses práticos*” (p.554). A hermêutica reúne algumas linhas de pensamento, a saber: teoria hermenêutica; filosofia hermenêutica e hermenêutica crítica. (Ayres, 2005). Contudo, nosso foco nesse estudo reside na hermenêutica ontológica de Martin Heidegger, que consiste em “uma interpretação do ser como condição ontológica do ente homem”. (Barreto, 2006, p.152) A hermenêutica é relevante para uma ontologia fundamental pois constitui muito mais que uma técnica para descobrir significados em um texto. É também uma interpretação em busca da explicitação do ser que envolve a relação homem-mundo.

De um modo geral, Barreto (2004) considera que a Hermenêutica

se desvela em um processo de compreensão, sendo assim apropriada às ciências do espírito como experiência que se situa a partir da consciência histórica. Tomando como possibilidade de possibilidade do conhecimento, e não como entrave, esse horizonte histórico de possibilidades abre caminho para um outro processo de dar-se a conhecer. (p. 13).

A interpretação ou Hermenêutica se desdobra em três diferentes momentos: posição prévia, visão prévia e concepção prévia, as quais coexistem no momento da compreensão. Primeiramente, a posição e a visão prévia que temos do mundo operam várias possibilidades de interpretação e após essa interpretação, surge o conceito ou a concepção prévia (Heidegger, 1999). Diante disso, consideramos que o que é exposto em forma de narrativa já é o resultado da situação Hermenêutica, ou seja, é uma possibilidade concepção prévia. Assim,

em querer que se adapte aos nossos próprios pré-conceitos. Ademais, a hermenêutica é uma ciência que primeiro se preocupa com a compreensão em si e depois com a aplicação da interpretação, não se restringindo ao âmbito das ciências humanas, mas se estendendo, também, às ciências naturais. Nessa perspectiva, pesquisador e pesquisandos coexistem no mesmo mundo e a compreensão dos fenômenos não é algo puramente estético, mas histórico e co-construído.

a análise compreensiva desta pesquisa buscou entrelaçar os três momentos da Hermenêutica. Por isso, consideramos narrativa enquanto possibilidade de compreensão da experiência tratando o fenômeno pesquisado como presença/abertura e não como determinação representacional.

Nessa opção metodológica, o conhecimentos que o pesquisador já tem sobre o tema investigada é denominado de pré-reflexivo. No entanto, sua postura deve primar pela atitude de suspender e observar teorias, crenças, concepções, conhecimentos prévios sobre o fenômeno estudado para buscar a pré-compreensão, e assim, permitir a mostraçãõ do fenômeno como sentido ou modos de ser. (Lopes e Souza, 1997),

O sentido aberto da Hermenêutica envolve um processo de projeção, que une diferentes projetos, alguns complementares, outros contraditórios. Dessa forma, toda Hermenêutica está sujeita a erros, os quais são considerados como parte do processo devido à possibilidade de antecipação da concepção prévia. Mas como se trata de um processo, terá também a oportunidade de confirmação ou não dessas antecipações, afastando assim a objetividade e a neutralidade. Entretanto, a arbitrariedade não permanece, pois, mesmo a compreensão possuindo opiniões ou concepções prévias, elas não se cristalizam, já que a postura do pesquisador é de abertura e questionamento. Cabe ao pesquisador deixar o desencobrimento acontecer, se revelar e não simplesmente coletar um resposta pronta para ser representada. Trata-se, pois, de um processo de produção/de-monstraçãõ daquilo que surge como verdade (*alethéia* no sentido grego).

A Hermenêutica consiste em uma atenção que tenta se apropriar dos preconceitos e dos *a priori*s que possam interferir na trama do sentido (Barreto, 2004). Isso nos lembrou uma frase de Heidegger (2001, p. 91): *na Fenomenologia não se tiram conclusões nem são permitidas intervenções dialéticas. Só se deve manter o olhar que pensa aberto para o fenômeno.*

Assim, podemos compreender a Hermenêutica Heideggeriana não se interessa pelo entendimento do conteúdo, por atingir uma compreensão completa

ou pelo foco na subjetividade de um ou outro envolvido na trama, mas pela interpretação ancorada no processo e não no intérprete. Trata-se de dar continuidade ao movimento da pré-compreensão, ou seja, de explicitar o movimento ontológico, que envolve o pensamento, que medita sobre o sentido. (Barreto, 2004).

Convém agora destacar a Analítica do Sentido de Critelli (2007). Tal proposta adveio da perspectiva Hermenêutica Heideggeriana e pressupõe que o ser muda porque não está preso às coisas e que só se pode compreendê-lo em seu movimento fenomênico de aparecimento/desaparecimento. Isso significa que o fenômeno não se desvela totalmente porque sempre haverá um sujeito para o qual ele se mostra em diferentes perspectivas. Esse movimento fenomênico dos entes só se torna real quando simultaneamente: a) o ente é desocultado por alguém (propriedade); b) quando desocultado, é acolhido e expresso por meio de uma linguagem (acolhimento e revelação); c) quando revelado por uma linguagem é visto e ouvido por outros (testemunho); d) quando testemunhado é referendado/reconhecido como verdadeiro por sua relevância pública (veracização); e) quando veracizado é efetivado em sua consistência mediante a vivência efetiva e singular dos homens (autenticação). (Barreto, 2006, 2009)

Vale ressaltar que, quando os entes são ignorados, esquecidos, não compreendidos, recusados, deixados de lado, descartados, o ente tende à *parecer ser*, ocultando suas outras faces, que também constituem possibilidades de fenômeno.

As faces veladas dos entes (possibilidades) só podem aparecer à luz do tempo e não dependem meramente do esforço racional, mas dos acontecimentos da existência. O ocultamento de algumas de suas facetas é essencial, visto que o homem não suportaria a revelação da coisa em sua total exposição. Daí a impossibilidade de transparência absoluta. O desvelamento dos entes, quando ocorre, é confirmado e conservado em sua manifestação mediante a fala. É somente pela palavra em sua função de comunicação e revelação que produz o testemunho.

Nesse sentido, Barreto (2006) discute que o pesquisador

está implicado no que quer saber e naquilo que pode ver: ele é elemento constituinte do olhar que acolhe e possibilita o aparecer do ser do ente. Então, pode-se apontar que, enquanto interroga algo, procurando conhecer, o pesquisador está dando conta de ser ele mesmo. Apresentado o movimento peculiar da Analítica do Sentido como caminho a ser seguido, importa ressaltar que o sentido não pode ser apreendido em si mesmo mediante a montagem do mundo e das falas, por meio das quais se faz ver. Ele precisa de muitas aparências para manifestar-se e não fica retido nos registros das montagens e das falas. Tais registros são possibilidades de aparência do sentido: mostram e escondem sentido, mas só podem mostrar sua modalização no tempo, ou seja, o tempo do mostrar-se daquilo que se busca compreender. (p. 156)

Como a nossa proposta de análise dos dados baseia-se em pressupostos da Analítica do Sentido, convém mencionar que a mesma consiste em perguntar ao fenômeno o que queremos saber sobre ele e não em aplicar o que já sabemos a respeito dele. Em outras palavras, parte-se da questão: Como as coisas nos aparecem? Para tanto, alguns pressupostos da Analítica do Sentido precisam ser levados em consideração: 1) impossibilidade da separação entre ser e ente; 2) o ser que se mostra dos entes aparece e desaparece em uma dinâmica fenomênica; 3) o ser é compreendido como vir-a-ser no cotidiano da existência; 4) há uma coincidência entre ser e aparência e 5) os significados estão nas tramas do ser com o mundo. Lembrando que ente se refere a tudo o que é, o manifesto. E o ser é o que faz que um ente seja ele mesmo e não um outro ente qualquer.

Para que a Analítica do Sentido se caracterize como uma metodologia de investigação e análise, é relevante ter a clareza de que há uma interpretação prévia que nos orienta a respeito do ser. Essa interpretação apresenta, segundo Critelli (2007), três dimensões:

1) *A compreensão do que é o ser_* para a Metafísica o ser de um ente é permanente e corresponde a sua essência. Enquanto que para a Fenomenologia o ser de um ente é seu aparecer, por isso não é fixo e ao mesmo tempo, aparece e desaparece em um movimento fenomênico;

2) *A noção de um lugar onde o ser pode se achar _ o ente é tudo o que é, o manifesto. Já o ser é o que o distingue dos demais, é aquilo que faz com que um ente seja ele mesmo. O ser dos entes acontece no mundo (Da-sein);*

3) *A compreensão de explicitação de onde o ser se expressa_ na lógica da Metafísica, o ser se revela na precisão metodológica do conceito e se torna patente por meio do conceito, da ideia ou da representação. E para a Fenomenologia, o ser vai se explicitar em seus modos-de-ser-no-mundo, ou seja, na impermanência. Assim, se pela *Metafísica iremos atrás da substância, pela Fenomenologia iremos atrás desse movimento de vir-a-ser do existir.* (Critelli, 2007, p. 32)*

A Analítica do Sentido se realiza na medida em que se supera a representação e a substância do ente, buscando a apropriação do ser e questionando a suposta permanência e objetividade dos entes quando submetida ao rigor metodológico do racionalismo cartesiano, já que, de acordo com Critelli (2007, p.38), *só é objetivo aquilo que está separado do homem.*

Concordamos com Critelli (2007) ao discorrer que uma investigação deve ser vista *como todo querer saber, querer compreender que se lança interrogante em direção àquilo que o apela, que o afeta, que provoca sua atenção e interesse.* (pp.28-29).

O eixo fundamental onde a questão do conhecimento se origina é o modo-de-ser-no-mundo do homem, que corresponde ao seu horizonte existencial. Ao contrário do que acontece na Metafísica, a Analítica do Sentido valoriza-se a aparência das coisas, já que essa é a forma de manifestação do ser dos entes. O ser é o que se manifesta e não o que está escondido atrás do que se mostra. Ademais, as coisas só existem quando aparecem para alguém, sendo o que são a partir dos significados que conferimos a elas em nosso horizonte existencial. É a palavra, por intermédio do testemunho de alguém, que propicia esse aparecer das coisas.

Ademais, seguiremos com a análise dos dados, que será tecida com base na Analítica do Sentido em parcimônia com a hermenêutica ontológica

heideggeriana, que consiste em *interrogar o ente, sem retirá-lo de seu movimento fenomênico*. (Critelli, 2007, p.55). Assim, buscaremos desenvolver meios para explicitar o fenômeno pesquisado tal como se des-velou para nossa compreensão e horizonte existencial. Ressaltamos, com isso, que o mais importante não foram os recursos técnicos e operacionais utilizados no interrogar, mas sim, *o que se quer saber, paralelamente ao modo da interrogação* (Critelli, 2007, p. 28). Não obstante, o fundamento dessa proposta reside, principalmente, na trama de significados articulados no encontro entre pesquisadora e pesquisados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. POR UMA LEITURA COMPREENSIVA DA PRÁTICA PSICOLÓGICA E DO CUIDADO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A análise dos dados foi tecida a partir do compartilhamento de nossas compreensões juntamente com todos os envolvidos ao longo da pesquisa. Trata-se de uma leitura hermenêutica ontológica inspirada nas narrativas das colaboradoras, nos questionamentos postos em andamento, nos registros de nossos diários de campo e nos encontros experienciados entre os atores envolvidos. Assim, nossa intenção não foi a de apresentar uma “verdade última” acerca do fenômeno em questão, mas sim, a de comunicar possibilidades de tradução do real em um dado momento histórico. Tal comunicação foi construída mediante dois momentos, que se correlacionam. O primeiro momento envolveu a explicitação e a descrição dos depoimentos das colaboradoras mediante temáticas, as quais des-velam a nossa compreensão dos fenômenos. Já o segundo momento, mais reflexivo, foi se configurando a partir do diálogo entre os depoimentos das colaboradoras, as anotações de nosso diário de campo e os fundamentos teóricos da pesquisa.

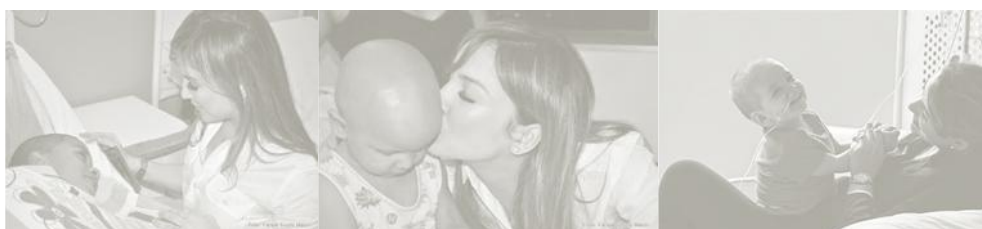
Após a leitura e reflexão das entrevistas (E), do grupo focal (GF), das notas dos diálogos (D) com as colaboradoras e das observações de campo (que já se encontram amalgamadas na própria escrita como um todo), emergiram cinco temáticas des-veladoras de sentido da prática de psicólogos em OP e suas concepções de cuidado. As temáticas foram:

1. Tempo, proximidade e intensidade: as marcas da prática psicológica em Oncologia Pediátrica;
2. Pelas vias da experiência cotidiana: o cuidado em ação na Oncologia Pediátrica;

3. Estar-com: as marcas do trabalho coletivo em Oncologia Pediátrica;
4. Abertura para a transcendência como sustentação da prática psicológica em Oncologia Pediátrica;
5. Formação em cena: psicólogos à deriva?

Vale ressaltar que a legenda abaixo será usada nos depoimentos dos colaboradores: E= entrevista; GF= grupo focal e D= diálogos com colaboradoras.

TEMÁTICA 1: TEMPO, PROXIMIDADE E INTENSIDADE: AS MARCAS DA PRÁTICA PSICOLÓGICA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



Para as colaboradoras, a prática psicológica em OP é marcada, sobretudo, pela coexistência de três aspectos: longo período de acompanhamento de pacientes e familiares, envolvimento afetivo e proximidade entre os atores envolvidos, além da intensidade no que diz respeito aos vínculos estabelecidos.

(...) de modo geral é esse contato muito longo com os pacientes. Não é um paciente que você vê duas ou três vezes! É um paciente que fica anos a fio com você! Tenho pacientes que começaram comigo crianças e hoje estão casados e já têm filhos. Então a gente não perde e não quebra esse elo! (...) O trabalho com OP já me envolve bastante e acho que não tem como escapar desse envolvimento! (Colaboradora 8-E)

O acompanhamento da criança tende a ser mais longo. Não é como algumas patologias no adulto que são mais rápidas (Colaboradora 2-E)

As crianças que já estão em tratamento de câncer vão e vêm muitas vezes ao serviço. Essa história de dizer 'é só 1 ano e meio a 2 anos, não é a nossa realidade aqui no serviço. (Colaboradora 1-E)

Vejo diferenças no trabalho do psicólogo que trabalha em alta complexidade para aquele que não trabalha nesse nível de atenção em saúde, pois o paciente de alta complexidade passa mais tempo no hospital, tem voltas programadas de acordo com o tratamento. (Colaboradora 4-E)

Quanto maior o tempo de convivência com os pacientes, maior também é a possibilidade de aproximação com os mesmos devido à perspectiva de continuidade do tratamento oncológico. Contudo, duas psicólogas destacaram que esse longo período pode trazer implicações diversas, tais como: contribuir para o desenvolvimento de pesquisas, favorecer um maior conhecimento dos pacientes e familiares, repercutir no modo-de-estar-no-mundo dos profissionais da equipe, desencadear vínculos duradouros, impulsionar a reabilitação e a reinserção social, dentre outros.

Tem controvérsias quanto a isso e quanto ao período de tratamento do câncer. Ao mesmo tempo, vem o impacto. Tem um lado interessante de poder acompanhar sequelas, de fazer pesquisa, do acompanhamento para saber como eles estão na vida. Mas é importante deixar as portas abertas caso o paciente tenha a necessidade de ter um acompanhamento psicológico ao longo desse tempo. (Colaboradora 9-E)

Eu acho que essa questão do paciente está muito junto e próximo, é um paciente que passa muito tempo com a gente, então isso cria vínculos e são vínculos fortes (Colaboradora 2-GF)

Mesmo depois, eles terminam o tratamento e permanecem conosco. Depois eles crescem, casam, e continuam conosco. (Colaboradora 8-GF)

Isso nos remeteu à assertiva Heideggeriana de que o homem é um ser-no-mundo-com-os-outros: *“as coisas só podem ser no mundo da existência humana. E, em razão da existência humana, de seu modo de ser, elas são o que são e como são.”* (Critelli, 2007, p.47). Assim, o homem nunca é absolutamente independente dos outros e está no mundo como compreensão e disposição afetiva.

O homem é esse aí que responde a tudo do mundo que o interpela: coisas, outros ou si-mesmo, apresentados numa trama de relações significativas, constituindo o próprio mundo. (Morato, 2000, p.1)

Assim, o mundo não seria a mera soma das coisas, mas a condição para que as “coisas sejam” e é nessa relação que o homem constrói uma totalidade de significados. A marca fundamental do humano é vir-a-ser-no-mundo-com-os-outros-e-com-as-coisas. Dessa forma, não poderia nunca ser absoluto e definitivo, pois se transforma a cada instante.

Ressaltamos um aspecto importante narrado por uma colaboradora que se refere às implicações/impactos desse convívio longo e intenso na vida dos profissionais da equipe:

Dentro da Oncologia tem uma coisa que anda me preocupando que é exatamente o longo tempo do profissional trabalhando sem os recursos adequados, gerando diversas formas de adoecer, seja o ‘burnout’, seja a depressão. Eu já vi dentro da minha própria prática e equipe. Já ocorreu de duas médicas pararem no psiquiatra mesmo!(...) acho que a gente tem que está atento a isso, é uma coisa que está me chamando atenção! A gente está muito cansado, esgotado e no limite! Eu não sei como a Psicologia podia ver uma maneira de proteger esse profissional, não sei se teria alguma estratégia. Acho que se tentar tem alguma estratégia!(...) é preciso estudar um pouco a respeito desse estresse e de como este componente muda a vida do profissional (Colaboradora 8-E)

Ao testemunhar o depoimento acima, recordamos o cuidado enquanto condição ontológica do humano. Essa colaboradora nos alerta para a impossibilidade de se desenvolver um trabalho de qualidade sem a devida apropriação do cuidar de Ser. A fuga da angústia que traz a impessoalidade/impropriedade não é por si só garantia de “proteção ou imunidade ao sofrimento” em OP, já que quando o profissional se perde no “todos nós”, corre-se o risco de realizar um apenas uma preocupação que não liberta o outro para o seu cuidar de ser. E, por outro lado, quando se mergulha a maior parte do tempo ou apenas na autenticidade/propriedade, corre-se o risco de decair no esgotamento (burnout), já que o contato com a angústia dilacera e consome a existência dos envolvidos, podendo trazer-lhes sofrimento e até adoecimento.

Segundo Heidegger (2001), o adoecimento é vivido como privação. Privação das possibilidades de ser que limita o homem em sua existência. Vejamos o que Heidegger (2011) nos diz em Seminários de Zolikon:

a doença não é a simples negação da condição psicossomática. A doença é um fenômeno de privação. Em toda privação está a co-pertinência essencial, aquilo a quem falta algo, de algo que foi suprimido. (p.73)

Outro autor (e discípulo de Heidegger) também complementa essa reflexão:

A saúde é um milagre como esse de uma forte, mas oculta harmonia. Quando estamos saudáveis, estamos, na realidade, entregues àquilo que, respectivamente, está aí para nós. (Gadamer, 2006, p.136)

Assim, podemos compreender que a enfermidade seria uma limitação da possibilidade de viver, um modo de viver onde a saúde faz falta. A essência (*Wesen*) do homem tem o caráter ex-tático, ou seja, o homem é um ser de linguagem que tem a potencialidade de ser além de si mesmo, de projetar-se no espaço e no tempo que o *Dasein* abre para si, diferenciando o que “são” os entes. Essa interpretação Heideggeriana rompe com o cartesianismo da medicina moderna, na qual a doença

é entendida a partir de uma *res extensa* (o corpo físico) e analisada através de suas modificações e de seus constituintes. Em Heidegger, “o corpo e suas mudanças patológicas são apenas uma das inúmeras bases para que o *Dasein* se compreenda em privação da saúde, sendo sempre essas bases determinadas pelos modos de ser do *Dasein*. (Nogueira, 2008, p.260)

Isso vem ao encontro do que fora ressaltado pelas colaboradoras acerca do contexto da OP. Tal contexto requer uma prática que concebe a criança como um ser em sua integralidade, o que corrobora com as diretrizes do documento oficial do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) do Ministério de Saúde. Esse documento enfatiza uma assistência voltada para

um conjunto de ações que assegurem a “integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento.(Brasil, 1984, p.9)

Algumas narrativas exemplificam isso na prática em OP:

Eu não trabalho só com a pulsão de morte; o trabalho é mais voltado para a pulsão de vida e para buscar que essas crianças, apesar de terem diagnóstico de câncer, continuem sendo crianças! Elas têm necessidades de crianças e temos que estar atentos para ajudá-las nesse sentido!(Colaboradora 5-E)

Aqui é uma coisa mais humana que exige muita doação. Tenho que ver aquela pessoinha como um todo e não como um rótulo, ou que ela tem isso e aquilo outro. (Colaboradora 6-E)

Primeiro pensar que não estamos lidando com uma doença e sim com um ser humano, que sente, tem medo, anseios; devemos ter uma escuta atenta ao todo. (Colaboradora 3-D)

Penso que este cuidado está relacionado a uma atenção global a pacientes, familiares e a equipe de saúde. (Colaboradora 5-D)

É notável a preocupação em desenvolver uma prática que leve em conta a singularidade do ser criança em sua dimensão mais ampla de saúde. (Dias e Motta, 2004).Essa humanidade supracitada nos fez recordar o termo humanização, que significa levar em consideração, acolher e respeitar o próprio homem em todas as suas dimensões existenciais. Apesar disso, esse termo é considerado redundante, polêmico e controverso no campo da saúde e isso não nos cabe enquanto intento nesta pesquisa. Entretanto, convém esclarecer que a humanização depende de nossa capacidade de fala e escuta, pois é por meio do diálogo que as coisas se tornam humanas. Uma de nossas colaboradoras falou dos impactos do processo de humanização:

Acredito que no momento em que o processo de humanização desloca o médico do seu lugar de Deus ou semi-deus, reforça sua condição humana de vulnerável ao sofrimento psíquico, possibilitando o reconhecimento da necessidade de um apoio psicoterapêutico. (Colaboradora 9-D)

Em se tratando da assistência à saúde, a humanização corresponde:

a uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo. (Mota et al 2006, p. 324)

A humanização tende a se transformar numa atitude ético-estético-política em prol da co-responsabilidade e qualificação dos vínculos na produção de saúde (Mota et al 2006). Sobre isso, Barbosa, Francisco e Efken (2007) comentam:

hoje crescem os movimentos de humanização no contexto hospitalar, são divulgadas mais claramente as informações sobre cuidados paliativos e a ética e a bioética surgem como reforços nesta “batalha”, ainda longe do seu fim. (p. 58)

Ao se aproximarem dos pacientes, dos familiares/acompanhantes e da própria equipe, as colaboradoras narraram o aumento da ‘intensidade’ desse cuidado diante das repercussões ao longo do tratamento oncológico, o que tende a estreitar o contato entre todos os envolvidos.

As crianças e seus familiares choram e estão longe da rotina. O tratamento de câncer é uma coisa grande que marca a vida deles. (Colaboradora 7-E)

Trabalhamos muito junto das crianças, e elas por si só são muito afetivas: abraçam, beijam sentam junto. Eu não conseguiria trabalhar de outra forma. (Colaboradora 4-E)

As narrativas revelaram a impossibilidade de distanciamento/separação entre psicólogas, crianças e familiares e isso não tem necessariamente uma relação com a ‘suposta neutralidade’, muito embora, a maioria das entrevistadas tenham se referido ao afastamento como um movimento de imparcialidade/não-envolvimento. Isso nos lembra a expressão Heideggeriana de ser-no-mundo/da-sein, que designa “a unidade estrutural ontológica do existir humano. A existência é “mundana”, co-originária ao mundo” (Sá, 2009, p.65)

O exercício da Psicologia em OP é uma prática legitimada e assegurada por lei (Portaria n.º 3.535 do Ministério da Saúde de 14/10/1998). É coletiva em sua execução e desafiadora em seu contexto, pois afeta cada uma das colaboradoras de modo peculiar; único. Daí a impossibilidade da neutralidade absoluta, afinal tudo parece mais intensificado pelo convívio longo com pacientes, familiares e equipe.

Essa coisa da neutralidade que a gente aprende não combina com a prática que desenvolvo (...) preciso viver mesmo algumas coisas e estar inteiro nessa relação

para poder ajudar o outro. Não posso estar cheio de pruridos ou de dificuldades! Tive uma estagiária, por exemplo, que toda vida que saía da enfermaria tomava um banho de álcool. Ela tinha medo de se contaminar e a primeira vez que ela me viu beijar um paciente e colocá-lo no colo, ela me disse: 'você faz isso?' E eu respondi: 'faço, qual o problema?' (Colaboradora 8-E)

Com alguns tenho menos vínculos até porque você não consegue atender todos, mas aqueles pacientes que fizeram acompanhamento e vínculos, eles deixam suas marcas! E acho que você também deixa alguma coisa sua naquele paciente! (Colaboradora 5-E)

Na concepção das colaboradoras, a noção de neutralidade é discutível e 'cai por terra' em OP, existindo apenas enquanto ideal acadêmico calcado no modelo positivista, o qual se encontra distante da realidade hospitalar. Isso corrobora com as críticas de Heidegger ao modelo Metafísico e a sua proposição de uma Analítica Existencial por meio da Fenomenologia. Isso também atesta que *"a cientificidade neutra do psicólogo já não se sustenta e os aspectos ético-políticos de suas práticas passam a ser alvo de reflexões e questionamentos"* (Andrade e Morato, 2004, p.346). Além disso, quando o complexo entra em cena no hospital, todo controle, manipulação e poder se tornam ineficazes. (Falcón, Erdmann e Meirelles, 2006)

Aspectos relacionados ao tempo, proximidade e intensidade foram vistos como diferenciais da prática em OP, exercendo repercussão no modo de estar com o outro.

Tem sujeitos com 35 ou 36 anos que continuam vindo ao ambulatório, que continuam se comportando como no passado e quando têm qualquer dor de barriga, voltam para o oncologista pediátrico e para a Psicologia também. Eu não sei se isso esbarra também na dificuldade de acesso ao atendimento psicológico, então, eles têm lá o 'psicologozinho', que é o psicólogo deles. (Colaboradora 8 - GF)

Essa semana, por exemplo, no setor de cardiologia, uma paciente que tinha feito cirurgia recebeu alta no outro dia e o médico falou: venha daqui a um mês. A gente não tem isso em Oncologia! Essa paciente ainda estaria internada, na semana seguinte ela já estaria com a gente; e quando ela tivesse alta, já voltaria para o ambulatório e na semana seguinte, já estaria no ambulatório de novo. (Colaboradora 2 - GF)

Essa proximidade entre os atores envolvidos (crianças, familiares e equipe), tende a gerar vínculos, que não raro, provocam sofrimento, sobretudo quando ocorre a morte. A esse respeito, recorreremos ao trabalho de Kovacs, Esslinger, Vaiciunas e Souza (2008, p. 26) em UTI neonatal, que se aproxima do contexto relatado pelas colaboradoras em OP: *“a possibilidade de morte de uma criança é uma situação que pode favorecer a emergência de intensos sentimentos na equipe de cuidados.”* Talvez isso nos ajude a compreender esse trânsito das colaboradoras entre as dimensões ôntica e ontológica, entre a proximidade e a distância e, até mesmo, entre a abertura e o fechamento, os quais possibilitam diferentes modos de estar-no-mundo-com-as crianças.

Foi ressaltado que a prática pode sofrer influências dos significados atrelados ao câncer e aos seus possíveis desdobramentos, a exemplo da iminência de morte e das possibilidades de resignificação da vida. Na vivência delas, isso também de constitui um aspecto significativo da prática cotidiana.

A prática foi me ensinando a traçar outros caminhos, principalmente quanto a questões ligadas aos pacientes que estão morrendo. (Colaboradora 5-E)

Colaboradora 6 (GF)– Não podemos esquecer a doença, eu acho que a doença mexe muito com todos.

Colaboradora 1 (GF)- é com certeza! é lógico! Eu acho que o câncer mobiliza.

Colaboradora 3 (GF) – É como se existisse uma ameaça constante de morte.

Colaboradora 6 (GF)- é isso que faz a diferença, exatamente!

Colaboradora 5 (GF)– haveria uma coisa não palpável, alguma coisa que a gente não consegue definir, alguma coisa que leva a gente a lidar diferente com essa patologia e agir de forma diferente.

Isso nos remeteu a importância do com-partilhar (mediante o ouvir e o dizer) sentimentos e pensamentos que mobilizam os atores envolvidos na OP. Compartilhar situações que envolvem saúde-doença, morte-vida, dor-alegria é algo que favorece crianças/familiares se aproximarem de seus projetos existenciais. É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu poder-ser-si-próprio. Esse com-partilhar se refere tanto aos encontros entre psicólogas com pacientes e familiares/acompanhantes, quanto à relação

dessas com a equipe. Vejamos o que Kovács e colaboradores (2008) mencionam a respeito do trabalho do psicólogo com a equipe de saúde hospitalar:

quando se abre o espaço para a expressão de sentimentos e reflexão sobre a sua prática em situação de acolhimento e segurança, os profissionais podem re-examinar a sua relação com cada paciente sob seus cuidados, bem como ter um espaço para seu cuidado próprio. (Kovács, Esslinger, Vaiciunas e Souza, 2008, p. 30).

A proximidade e o longo período de tempo, ao mesmo tempo em que caracterizam a prática, também foram percebidos como elementos que dificultam ou até facilitam o saber-fazer cotidiano.

uma coisa que dificulta o nosso trabalho na OP e na Oncologia de modo geral é esse contato que a gente tem muito longo com esse paciente. Não é um paciente que você vê 2 ou 3 vezes, é um paciente que fica anos a fio com você (...) tem uma coisa que também dificulta esse trabalho na OP é que você fica tão envolvida que você precisa aprender a ter seu tempo também! Você não pode levar as coisas para casa. Não pode levar as coisas de casa para o trabalho nem as coisas do trabalho pra casa! (...) você tem que ter uma válvula de escape que dá um pique pra você pensar em você também, se refazer, recarregar as baterias para trabalhar melhor(...) Acho que uma coisa que também dificulta desse trabalho é que você fica tão envolvida que você precisa aprender a ter seu tempo também (...) O trabalho com OP já me envolve bastante e acho que não tem como escapar desse envolvimento! Aí eu aprendi também que podia chorar com o paciente. Essa coisa da neutralidade que a gente aprende... não tem problema nenhum chorar com a mãe ou chorar na frente do paciente.... Estou fazendo atendimento e estou sendo profissional... mas não significa que eu não possa sentir a dor que ele tá sentindo. E quantas vezes eu saí da sala e disse: agora não dá, eu tô comigo e preciso estar comigo para... Aí você vai estabelecendo seus limites ao longo desse trabalho. Não é um trabalho fácil! (Colaboradora 8- E)

É uma oportunidade de acompanhar o paciente desde o início e conhecê-lo mais de perto até o final do tratamento; isso facilita! São vínculos que se formam e o vínculo é importante para o trabalho. O psicólogo cria uma relação de confiança com o paciente e com a família. Existem vários desafios nessa área, como o de lidar com nossas questões emocionais, pois estamos lidando com a morte. Tem que ter o cuidado para não se tornar muito acostumado com as situações. As situações não podem me tirar de tempo, mas ao mesmo tempo, as situações não podem deixar de mexer comigo, porque se deixar de mexer comigo eu não serei uma boa profissional. É um desafio teórico, mesmo quando tenho muito o que fazer. Tem que estudar e às vezes não dá tempo por conta desse corre-corre. Tem que ter mais tempo! (Colaboradora 9- E)

É importante ressaltar que esse movimento de aproximação-envolvimento não ocorre de modo aleatório ou completo. Ao contrário, é um posicionamento que busca resguardar os princípios éticos e a privacidade dos envolvidos, conforme atestam algumas narrativas.

Quando saí da faculdade a teoria era toda arrumadinha. E a prática vai ensinando a gente a tomar outros caminhos, a criar outras saídas para algumas situações. Você vai se aperfeiçoando à medida que...é lógico que você não vai largar os princípios éticos da Psicologia. Você tem que ter em alguns momentos essa coisa da neutralidade porque você não pode permitir ser invadida ou invadir o paciente, nem a privacidade da família do paciente, nem ele invadir sua provacidade. Não pode virar uma conversa de vizinhos. Não é por aí. O atendimento tem um começo, um meio, um fim, um foco e um objetivo (...) a gente não pode misturar as coisas porque senão corre-se o risco de se perder nessa relação! (Colaboradora 8 -E)

Quando falei de sensibilidade, também falei em técnica. Essas duas coisas acontecem na Oncologia Pediátrica. Você começa a identificar quando percebe o sentimento, que é vivencial. E quando tem uma técnica, você tenta olhar para esse sentimento também. Há como se misturar e se afastar, não é? Então é essa aproximação e esse afastamento. (Colaboradora 2)

Isso fica mais claro com a fala de algumas colaboradoras quando discorrem sobre a impossibilidade de uma prática distanciada e dissociada da pessoa em sua integralidade, bem como da possibilidade de afetar-se e ser afetado::

A gente tem que lembrar que o profissional também tem sentimento. Nem tudo é maravilhoso, vejo uma criança ali sofrer! (colaboradora 1-E)

Tem afeto porque você convive, você sabe a história, você sabe quem é o pai, quem é a mãe, sabe tudo... Voce ta convivendo 5 meses, 6 meses, 1 ano! (...)É eu não me misturar ao ponto de comprometer um trabalho. Seria uma espécie de neutralidade relativizada. (Colaboradora 2-E)

Trabalhamos muito junto das crianças, e elas por si só são muito afetivas: abraçam, beijam sentam junto. Eu não conseguiria trabalhar de outra forma. Então isso eu acho riquíssimo, eu acho maravilhoso. E eu quero que continue sendo sempre assim, porque eu não quero achar normal ver a dor de uma pessoa. (Colaboradora 4-E)

Estou vendo que minha pratica não é a mesma daquela que tive na clínica da faculdade. Aqui é uma coisa mais humama que exige muita doação. Tenho que ver aquela pessoinha como um todo e não como um rótulo, ou que ela tem isso e aquilo outro. (Colaboradora 6-E)

Antes eu tinha aquela coisa de muita neutralidade; e no hospital isso é diferente, pois estou bem mais próximo do paciente e da família, o que transforma a prática. O fato de lidar com a família traz um conhecimento maior sobre a dinâmica do paciente. A forma como lido e olho para os pacientes é diferente, não tem aquela coisa de neutralidade absoluta!(Colaboradora 7-E)

Compreendemos que o uso da técnica não significa, necessariamente, desconsiderar a alteridade das crianças e de seus familiares e nem mesmo a minimização do uso da técnica (em um dado momento) não significa que o psicólogo esteja se eximindo do seu papel, uma vez que exige-se (sobretudo nessa área com crianças) uma postura eminentemente próxima, acolhedora, humana; e isso não contraria a lógica da técnica. Com isso, recordamos Feijoo (2011) ao afirmar que

A clínica psicológica não deve ser regida por pressupostos teóricos, com orientações de como fazer a partir do controle e precisão na aplicação do método. (p.31)

Percebemos mudanças na prática a partir das narrativas supracitadas. Tais mudanças foram ocorrendo inclusive no referencial teórico escolhido e na postura para com o outro. Com o tempo de prática, as colaboradoras passaram a se apoiar ainda mais na própria experiência, superando condutas tecnicistas/reducionistas, reordenando a suposta 'neutralidade', e respaldando seu saber-fazer em uma dado *ethos* que é a própria morada. Tal *ethos* fundamenta-se, principalmente, na abertura do psicólogo para com a alteridade e no acolhimento que não se deixa capturar nem reduzir aos ideais ou leis de conduta (Andrade e Morato, 2004).

Quando eu falo em acolher é no sentido de oferecer esse espaço de escuta (...) quando você acolhe, ao mesmo tempo você deixa que o outro alce outros vãos. (Colaboradora 2-GF)

É uma coisa que você não para nunca, você está sempre revendo!(Colaboradora 1-GF)

Esse posicionamento requer:

uma revisão do modo de estar a serviço do outro: pôr em xeque os pressupostos tradicionais; abertura ética, que implique nova atitude para com o usuário que busca ajuda; e assumir-se como um ator crítico no desenvolvimento e “criação” de práticas mais condizentes com o acolhimento e a produção do cuidado.” (Carvalho, Bosi e Freire, 2008, p.702)

Com isso, foi sugerido que a prática do psicólogo em OP seja desmistificada em termos das conotações e representações, que costumam ter para aqueles que estão fora desse contexto, bem como para a sociedade em geral. Vejamos:

Acho que sua pesquisa talvez venha esclarecer e justificar o trabalho do psicólogo em OP que as pessoas tendem a achar insuportável ou que só tem dor e sofrimento! Mas existe o outro lado da história! Eu espero que na sua coleta de dados essa coisa fique mais clara para as pessoas! É possível desenvolver uma prática psicológica em OP onde não exista apenas dor e sofrimento! É difícil trabalhar o tempo todo com uma coisa que promova sofrimento no outro. Acho isso difícil e eu não o faço! (...) O grande desafio mesmo é desmistificar isso junto às pessoas que estamos lidando. É tirar esse rótulo de que só porque é criança e só porque é câncer é diferente. Elas têm necessidades e dificuldades, independente de faixa etária. É preciso desmistificar o fato de só olhar e vê a doença, mas de vê seu ser como um todo. Acho que o grande desafio do psicólogo em OP é esse. (Colaboradora 5-E)

Eu trabalho muito nesse sentido das pessoas não ficarem achando que é uma coisa dolorosa e sofrida. (Colaboradora 4-E)

Se você me perguntasse: “você quer parar de fazer isso?”, eu diria: ‘Nunca!’. Porque realmente eu gosto, eu me envolvo no trabalho e sei a importância que ele tem. Por mais que seja difícil e desgastante, é também emocionante. (Colaboradora 1-E)

A prática com a criança que têm câncer é muito gratificante; é um trabalho que exige muita dedicação e o mais importante, comprometimento. (Colaboradora 3-E)

Algo que nos chamou a atenção foi a possibilidade que as profissionais expressam de encarar e acolher tal prática com seus paradoxos, examinado o próprio trabalho de modo crítico e reflexivo e reconhecendo a impossibilidade de controle absoluto sobre os acontecimentos da prática cotidiana.

Acho que estou no lugar certo porque tenho satisfação. É tão contraditório falar em satisfação nesse contexto da Oncologia Pediátrica! Mas existe satisfação quando vejo meu trabalho surtindo efeito. É um trabalho que tem retorno! Retorno não só do paciente que já começa a me procurar para conversar e a família que começa a se sentir mais tranqüila. É esse retorno que traz satisfação! (Colaboradora 9-E)

Para atuar com essas crianças e para estar lidando com suas problemáticas, é preciso fazer sua família entender como é o tratamento, o que e como são os efeitos colaterais e quais são os mecanismos que essa família vai poder lançar mão para enfrentar todo o processo e não abandonar o tratamento. Esse é um dos grandes desafios! Não é só fazer o diagnóstico e iniciar o tratamento, é também viabilizar o local e a condição para que o tratamento ocorra.(...)Minha prática representa algo gratificante e por vezes, estressante. Fica muito fácil distinguir isso! É uma equação muito fácil de resolver porque estresse todo mundo tem em qualquer atividade. Na hora que faço alguma coisa que me gratifica, faço com prazer e o estresse diminui. (Colaboradora 3-E)

Quando eu digo desgastante, eu digo 'desgastante' por quê? Porque o sofrimento é contínuo!(...) os sentimentos que me visitam com frequência em minha prática são angústia, tristeza e compaixão. Eu acho que são exatamente esses três que fazem parte! (Colaboradora 1-E)

Durante esse tempo de prática eu me sinto apaixonada! Sou completamente apaixonada! é um trabalho gratificante e apaixonante o de estar ali cuidando do outro e por inteiro! É muito gratificante ver um paciente de alta que vem aqui só para dar um abraço. Tem aqueles que falam no corredor 'ei'! É bom ver os pacientes bem! O sentido de minha prática está em trabalhar com as dificuldades que as pessoas tem e acompanhá-las. (Colaboradora 7-E)

Já passei por vários questionamentos como: "porque eu escolhi fazer isso? Não podia fazer turismo ou uma coisa mais ligth? Ia juntar o útil com o agradável e seria legal!" Mas imediatamente a resposta vem: é porque essa é sua missão, é isso que você tem que fazer! Quando você tem consciência dessa missão fica muito mais fácil de desenvolver sua missão. Tem horas que digo: "não dá pra amenizar um pouco?" Tem dias que você sai muito pesada, aí respiro fundo e encontro estratégias de enfrentamento e formas de lidar com o sofrimento (...) um problema do trabalho do psicólogo na OP e no trabalho do psicólogo como um todo, é que a Psicologia é uma profissão extremamente solitária! As questões éticas te amarram muito e você que trabalha no câncer não vai comentar porque ninguém quer ouvir: 'ah hoje eu atendi um paciente com tumor assim e tal'. Ninguém quer ouvir isso e dizem: 'ah vamos mudar de assunto? que tal a gente falar de outra coisa? seu trabalho é muito pesado, não quero saber de seu trabalho não!'. Por isso a gente acaba se sentindo angustiada porque se fala tão pouco! (Colaboradora 8-E)

Cada vez que trabalho com câncer eu me apaixono mais! O que mais me apaixona nesse trabalho é a possibilidade de ajudar o outro e aliviar o sofrimento das pessoas. Será que não é a maneira que eu encontrei para dar sentido às minhas questões? não tenho muita certeza dessa resposta. Na Oncologia Pediátrica encontrei uma forma de pensar a questão da morte. No começo a morte era o grande medo e empecilho, depois eu descobri que tinha que trabalhar e enfrentar isso (...) você vai estabelecendo seus limites ao longo desse trabalho

que não é fácil! Mas é um trabalho extremamente gratificante quando você tem consciência do porque se está fazendo aquilo, do porque se está envolvida com aquilo e dos benefícios que isso vai trazer não só para o outro, mas para você também! (Colaboradora 8- E)

A partir dessas duas últimas falas da colaboradora 8, compreendemos a necessidade de discutir a respeito das especificidades da prática do psicólogo em OP, que ao nosso ver, pertencem à ordem da inventividade/criatividade (clínica como *téchne*¹⁷), relacionando-se com dimensões peculiares dessa área, tais como: a conotação intensa e constante de imprevisibilidade face à iminência do morrer infantil, os significados quase sempre de ‘não cura’ atrelados ao câncer, a condição de fragilidade física notável das crianças e suas repercussões psicossociais, as marcas do tratamento, a possível interrupção precoce da vida e dos projetos, as visíveis mudanças ocorridas ao longo do tratamento, o ‘re-encontro’ do psicólogo com o seu universo infantil. Além disso, tal prática é perpassada pelas afetações vivenciadas nos encontros com a alteridade (de um ser em estado de adoecimento) e pelas complexas questões bioéticas envolvendo o morrer digno, a autonomia da criança (muitas vezes impossibilitada de exercê-la), os valores atribuídos à vida, as diversas interpretações sobre o câncer, a insistência pela obstinação terapêutica por se tratar de uma vida ainda em desenvolvimento. Ademais, têm-se as tomadas de decisões, que não raro, ocorrem com base em questões delicadas (poder médico, biotecnologia, crenças e valores (muitas vezes, divergentes e antagônicos), aposta pelo menor risco, diálogo, silêncio, abandono, consentimento dos pais).

A fala em questão também nos remete às questões sobre espiritualidade, fé e religiosidade, sobretudo quando a colaboradora 8 se refere ao seu trabalho enquanto ‘missão’. Sabemos que esses temas são comuns na cultura e na

¹⁷ **Téchne** é uma expressão grega que nos remete ao fazer artesanal, à dimensão criativa do humano em seu viver e produção cotidiana. Em psicologia clínica fenomenológica existencial, a *téchné* se refere às possibilidades inventivas do saber-fazer de modo a ultrapassar a técnica enquanto replicação/provocação do que está posto. *Techné*, na tradição do termo, consiste, pois, em “deixar-acontecer, sem desafiar e aceitando os limites do acontecer.” (Feijoo, 2004, p.88).

vivência do povo nordestino. Mas para além de uma questão cultural, tal abertura para a transcendência (mesmo não sendo objetivo primeiro dessa pesquisa) nos chama a atenção, uma vez que todas as colaboradoras destacaram essa dimensão como algo que, mais cedo ou mais tarde, acaba vindo à tona, por intermédio das vivências dos pacientes, dos familiares e do próprio psicólogo. E, aos poucos, vai fazendo parte da práxis cotidiana, já que a maioria das participantes dessa pesquisa mencionou a sua vinculação com o sagrado, principalmente, a partir de seu contato com a OP. Além disso, expressaram que a OP é espaço marcado pela iminência de finitude, sendo, portanto, um contexto “propício/favorecedor” para se exercitar a espiritualidade/religiosidade, até mesmo como uma forma de dar sentido ao que se vive e de enfrentar a doença e suas vicissitudes.

Para lidar com os desafios e paradoxos dessa prática, as colaboradoras se referiram à criação de **estratégias de enfrentamento**, tais como trocas e diálogos com a equipe, atividades de lazer, cuidado com a saúde, momentos de ócio e de autocuidado, psicoterapia e supervisão como ferramentas indispensáveis para a sustentação de uma prática eficaz e comprometida. Assim, o autocuidado foi apontado como ferramenta indispensável para uma retroalimentação da prática e do cuidado.

Eu tenho buscado investir em minha qualidade de vida: procuro ter hábitos saudáveis como uma boa alimentação e respeitar minhas horas de sono. Compareço a consultas médicas e faço exames periodicamente, faço psicoterapia há anos (...) cuido de mim porque passo a me conhecer melhor, saber mais de minhas necessidades. (Colaboradora 7-D)

Isso ocorre porque os profissionais de saúde têm dificuldades para desenvolver o seu trabalho face ao despreparo e desamparo a que estão sujeitos nesse campo. (Susaki, Silva e Possari, 2006, p.146-147)

Você tem que ter uma válvula de escape que dê pique para também pensar em si mesmo, em se refazer, em recarregar as baterias para trabalhar melhor. A maneira pela qual eu faço isso é através do lazer. Eu adoro ir ao barzinho tomar cerveja, gosto de ir a praia, ao cinema e viajar. Adoro viajar! É um dos meus hobbies favoritos! Gosto de ler, assistir filmes, de cuidar das minhas coisas. Eu

acho que não tem coisa que me dá mais prazer que cuidar das minhas coisas! (colaboradora 8-E)

É desgastante, mas eu me trato na medida do possível, porque eu faço terapia, eu participo de grupo de apoio, a gente 'troca'. Como é que a gente troca? A gente se encontra! Eu trabalho muito com o Serviço Social. Somos muito ligados, a gente realmente troca muita informação e até sentimentos. Falamos como estamos nos sentindo em dado momento, como está sendo para nós acompanhar aquela família, porque o sofrimento é constante (...) porque independente de estar cuidando, eu também preciso me fortalecer, dormir para recarregar minhas energias. (Colaboradora 1-E)

É preciso fazer o trabalho pessoal; isso é muito importante em todas as áreas da Psicologia, mas nessa área é muito mais porque tem morte! Você precisa está muito bem trabalhado para estar aqui dentro! (Colaboradora 6-E)

Além da terapia, eu gosto de estar com meu esposo, gosto de ler, ir ao cinema, gosto de praia. Quando comecei a trabalhar no hospital comecei a cuidar mais de minha saúde física. Em outro tempo não cuidava muito de minha alimentação, hoje em dia estou mais atenta, não pulo refeições e faço exames a cada 6 meses. (Colaboradora 7-E)

Para me cuidar tenho que pontuar o que é trabalho e o que é vida pessoal. É preciso ter uma válvula de escape! Eu gosto de planta e não abro mão de fazer exercícios de manhã cedo, além de cultivar plantas (...) Para me cuidar (após os atendimentos) eu procuro ver coisas bonitas até para oxigenar a cabeça e ficar bem no dia seguinte. (...) quando não estamos bem é preferível parar e fazer alguma coisa; oxigenar um pouco e só depois voltar para fazer os atendimentos. (Colaboradora 3-E)

Uma coisa que sempre fiz e faço é um trabalho de análise pessoal de base analítica que acho fundamental para o exercício da prática do psicólogo, principalmente para quem atua nessa área hospitalar, porque o tempo todo estamos lidando com vida, morte e sofrimento. Com um trabalho pessoal é possível não fazer dessa prática algo sofrido para si mesmo. (Colaboradora 4-E)

Assim, percebemos que a base para o exercício do psicólogo encontra-se no cuidar do outro e no cuidar de si, aproximando-se do que Borges e Waldow (2008) recomendam na prática de enfermeiras em Pediatria:

É no cuidado que se encontra o ethos necessário para a sociabilidade humana e para identificar a essência do ser. É reconhecido que seres humanos necessitam de cuidado para se desenvolverem; em maior grau na infância e em fases tardias da terceira idade, quando evidenciam dependência na execução de suas atividades diárias, tanto de ordem físico-sociais, quanto mentais. A doença, a incapacidade e o sofrimento são algumas das circunstâncias que conferem estado de vulnerabilidade (...) a cuidadora deve estar sensibilizada e habilitada para ajudar e apoiar nas circunstâncias de vulnerabilidade e, nesse sentido, o cuidar tem seu ponto de máxima importância, pois os esforços para buscar a restauração vão além da ordem física, representando apoio e permitindo que o outro, o ser

cuidado, seja ele mesmo, em sua própria especificidade, em sua singularidade. A cuidadora busca, em última análise, manter a integridade do ser vulnerável, independente do que resulte sua condição, seja de cura, seja de alívio em fase de terminalidade. A ajuda se manifesta no manejo em tratar com o sofrimento, incapacidades e limitações ou, ainda, no caso de apoio em estados de medo e ansiedade, entre outras condições. (Borges e Waldow 2008, p.2).

Assim, sem autocuidado, a prática em OP possivelmente não se sustentaria por si só, tendo em vista as especificidades requeridas pelas mesmas. O autocuidado envolveria, então, fazer psicoterapia, estudar, se divertir, experimentar vivências prazerosas.

Preciso primeiro cuidar de mim para ter condições de cuidar do outro (Colaboradora 3-D)

Você precisa está muito bem trabalhado para estar aqui dentro! (Colaboradora 6-E)

Atualmente não estou fazendo trabalho pessoal, eu acho que é mais uma questão de procurar estar aqui e ver as coisas aqui mesmo. No começo, eu levava para casa. Tento lidar com isso sozinha, no momento eu tento lidar assim, mas o trabalho pessoal ajuda e situações de prazer também ajudam. Quando estou na maternidade ou na sala de aula parece uma diversão, pois é quando vivo situações diferentes que gratificam de outra forma. É preciso fazer isso quando se está aqui na OP para poder viver sem sucumbir. (Colaboradora 9-E)

Em outras palavras, a prática gera a necessidade de um cuidado de si, da delimitação e cultivo de um espaço para si, além do **reconhecimento de limites**. O reconhecimento de limites, mesmo trazendo impotência para as colaboradoras, parece contribuir para validar o sentimento de dever cumprido, mesmo quando algum paciente morre.

Eu estaria me iludindo se dissesse: todas as crianças de nossa instituição são atendidas pela Psicologia. (Colaboradora 1-E)

Vejo que meu trabalho teve interferências no modo como eu me cuido. O fato de falar muito e de está o tempo todo questionando “será que esse paciente está se cuidado” vai me deixando atenta ao que estou ouvindo e construindo verdades em minha cabeça de uma forma mais apropriada. Como vou falar uma coisa que não faço? Se assim fosse, eu não estaria sendo verdadeira na relação. Como falo uma coisa para os pacientes se estou vivendo outra coisa completamente diferente? Então eu acredito que esse trabalho me trouxe autoconhecimento e me deixou mais cuidadosa! (colaboradora 7-E)

Olha a criança aqui chorando! Já me dá vontade de ir lá saber o que é, entendeu? Largar a entrevista e ir lá saber o que é (risos), mas vou deixar de ser onipotente, porque eu não vou estar possível em todos os lugares! Vamos a uma coisa de cada vez! (...) tenho certeza que pra ser psicólogo, você tem que ter uma disponibilidade de ajuda! E não é uma disponibilidade onipotente nem ilimitada! A gente tem que lembrar isso e tem que dá limites! Essas histórias de que o psicólogo está no hospital e morre alguém, ele vai vem pra cá, vai para o enterro... gente!!! temos que lembrar que também temos a nossa vida! Então a gente tem que ver que tem nosso horário e vida pessoal para não ficar: “pronto, vou abarcar tudo!” Não! Eu também tenho que ter um tempinho para minha yoga, para o relaxamento e para não fazer nada. (Colaboradora 1-E)

O câncer infantil é uma doença, que convoca os familiares a cuidar de si ao longo do tratamento da criança:

A doença também traz benefícios no sentido de ter um cuidado maior consigo. Não só a criança, mas a família inteira porque a família também é convocada a ter um cuidado a mais (Colaboradora 1-E)

Eu me preocupo com essas pessoas que vêm lá do interior para a cidade grande. Não é só a doença que promove mudanças. Penso como será esse retorno? Trabalhamos várias coisas e não necessariamente só a doença, em si, mas a doença como um modificador de toda uma estrutura familiar e de uma visão de mundo. (Colaboradora 4-E)

Diante desse cenário, há falas que atestam o quanto essa prática é forjada a partir da experiência cotidiana e dos saberes tácitos (L.C.Figueiredo, 1996)

O trabalho do psicólogo tem algo de intuitivo porque você lida com sentimento o tempo todo. É o que rola na relação! É a relação de confiança que estabeleço. As pessoas vão falar dos medos mais profundos que têm na vida. O trabalho do psicólogo tem algo de intuitivo porque você lida com sentimento o tempo todo. É o que rola na relação! É a relação de confiança que estabeleço. As pessoas vão falar dos medos mais profundos que têm na vida! (...) sempre digo ao meu estagiário: ‘aja com o coração! Escute sua intuição e coração! A gente tem mania de não ouvir isso!’ Eu acho que tudo isso são coisas novas, são recursos que vamos construindo ao longo da prática no cotidiano. (...) às vezes é preciso construir e criar situações. E só a prática te dá isso! Não tem livro que te dê isso! A prática e o dia-a-dia é que faz você descobrir isso! (...) Tem coisas que acontecem que os livros não ensinam. Tem que criar suas próprias estratégias para andar e isso só a intuição e ação é que comandam, nos dando pistas de como fazer as coisas do jeito que precisam ser feitas (...) Tem coisas que são necessárias ao psicólogo e se ele não tiver intuição e coração, ele não faz bem o trabalho, pois trabalha com sentimentos e afetos o tempo todo. É 24 horas isso, é 24 horas de reality show! (colaboradora 8-E)

Você não tem respostas prontas e você tem que ter essa consciência. (Colaboradora 4-E)

A ideia de que a prática se constrói com base em conhecimentos explícitos/científicos e também em torno de conhecimentos implícitos/práticos corrobora com o que L.C.Figueiredo (1990) anuncia a respeito da profissão do psicólogo. Isso vem ao encontro dos achados de (Susaki, Silva e Possari, 2006) ao afirmarem que o conhecimento utilizado, na prática dos profissionais de saúde, é fruto da experiência cotidiana. Vale ressaltar que tal prática não é algo meramente intuitiva, senão não haveria a necessidade de uma formação profissionalizante que instrumentalizasse o psicólogo a atuar de modo científico. Salientamos que o uso da técnica não compromete, necessariamente, o respeito à alteridade, sendo a técnica necessária (em muitos momentos), para que os profissionais de psicologia não sejam considerados apenas como “aqueles que conversam ou emitem conselhos para os pacientes”. Trata-se de um diálogo guiado primordialmente pela sustentação da angústia, orientado para a produção de sentidos e balizado por um dado ethos e perspectiva teórica de humano. É isso que caracteriza a “técnica” do saber-fazer clínico psicológico.

Algo que merece destaque são o aprendizado e os benefícios que a prática psicológica engendra, trazendo implicações na vida de cada colaboradora.

Passei a ver a vida de outra maneira, porque eu era uma pessoa e, depois que comecei a trabalhar aqui, eu sou outra pessoa completamente diferente, no sentido de dar mais valor à vida, às pessoas que estão próximas de mim! (Colaboradora 6-E)

Trabalhar com essas crianças trouxe amadurecimento! Percebi que minha escuta melhorou, inclusive minha experiência no trabalho clínico ficou diferente, mais livre e com mais possibilidades e aproximação. (Colaboradora 7-E)

Vivenciamos situações que são verdadeiras lições para toda a vida, e não há dinheiro no mundo que pague isso (...) eu me sinto muito bem trabalhando em OP. Acho que é uma troca e sempre acho que estou ganhando muito mais! Você poder estar oferecendo suporte ajudando o outro a encontrar dentro de si mesmo mecanismos de defesa para suportar essa realidade (...) trabalhar com isso trouxe mudanças, tudo mudou! Agradeço sempre o fato de ter saúde porque o resto a gente corre atrás. Valorizo muito mais as pequenas coisas. Com o bem estar das pessoas. Eu não imagino o que seria e a forma que eu seria se não trabalhasse em Oncologia Pediátrica. (colaboradora 4-E)

Quando se está muito atento ao que o outro está dizendo, se aprende muito mais! aprendo com as pessoas mais simples na vivência do dia-a-dia. (Colaboradora 3-E)

Esse trabalho trouxe para mim essa coisa de não valorizar tanto os meus problemas, de entender que eu preciso cuidar de mim também porque se não, adoço. Aprendi a exercitar essa disponibilidade para com o outro, a desenvolver tolerância e paciência. É um trabalho que faz com que você exercite isso o tempo todo, porque têm pacientes e famílias que tiram você do sério! É preciso ter a noção clara de “ah meus Deus, eles não sabem o que estão fazendo”; “vá com calma e tenha paciência que você chega lá!” Eu acho que é um trabalho que traz muito crescimento pessoal! (...) Quanto aos benefícios que esse trabalho me trouxe, destaco que, por exemplo, eu descobri que meus problemas são muito pequenos! Muitas vezes eu tô lá zangada com alguma coisa ou outra e penso: “você não tem problema! Você não tem problema!” E imediatamente vem o problema de A, de B e de C e acabo minimizando os meus problemas e descobrindo meios de trabalhar melhor minhas coisas, pois estou lidando em OP o tempo todo com um sofrimento muito grande (Colaboradora 8-E)

Minha prática em OP me rendeu como aprendizado principalmente, a valorização da vida! Eu aprendi a dar mais valor a vida e que a vida tem que ser vivida a cada dia. Não adianta você colocar a vida para frente, tem que viver aquele momento! Valorizar as pequenas coisas e as pequenas vitórias. Cada dia é uma vitória que a pessoa está ultrapassando. Se eu gostava de viver, hoje eu gosto mais ainda! Sou apaixonada pela vida! Adoro viver, hoje mais ainda. Valorizo as pequenas coisas e não fico ligada só a trabalho, mas procuro preservar amizades e estar junto com minha família. (Colaboradora 5-E)

A prática tem trazido repercussões para a vida cotidiana das entrevistadas, tais como aprendizado, gratificação, superação de limites, autocuidado, redimensionamento de problemas, resiliência, humanidade.

A minha humanidade é cuidada quando atendo os pacientes e familiares na OP. (Colaboradora 9-D)

Diante disso questionamos: Será que tudo isso tem a ver com o que Rego e Palácios (2006) falam a respeito do poder da morte que tende a nos humanizar? Será que o convívio direto com a iminência de morte não convoca o homem a lembrar de sua condição mortal? E, ao experimentarem a consciência da finitude, essas colaboradoras não estariam trazendo outras possibilidades de atuação? Essa consciência do fim é exclusiva do humano, sendo algo capaz de nos humanizar. Além disso, tal consciência atualizada cotidianamente não repercutiria diretamente nos modos de como a prática acontece?

A prática também exige a incorporação de novos conhecimentos, oriundos de outros campos de saber, a exemplo, a medicina oncológica

Eu precisei aprender os vários tipos de câncer infantil, como se manifestam e como se faz o tratamento disso. Fiz uma pesquisa em cima do diagnóstico da doença para saber com o que estava lidando e onde eu podia entrar e questionar. Tudo isso foi uma criação de um trabalho. Antes não existia esse espaço próprio para o psicólogo, eu estava construindo. Eu tenho uma sede de aprender muito grande e o quanto eu aprendi, é fantástico! O quanto eu aprendi de Oncologia, de hematologia, de neurologia, de farmacologia e de todas essas coisas que ajudam no trabalho... e não tenho nenhum prurido de usá-las quando eu acho que é necessário e com a ética dentro dos princípios que aprendi (colaboradora 8- E)

Nesse sentido, a prática em OP foi narrada a partir de sua dimensão transformadora

Vejo que meu trabalho teve interferências no modo como eu me cuido. (...) Acredito que esse trabalho me trouxe autoconhecimento e me deixou mais cuidadosa! (Colaboradora 7-E)

Percebo mudanças em minha prática. Hoje estou mais à vontade e não me questiono mais como me questionava no começo. Pelo menos há uma segurança maior nesse sentido.(Colaboradora 9-E)

Acho que nada na vida é por acaso, se eu vim aqui foi para perceber a minha vida de outra maneira.!(Colaboradora 6-E)

O que mudou nisso tudo? Nossa mudou muita coisa! Mudou minha visão de mundo, de vida, de tudo. Mudei como pessoa. (colaboradora 4-E)

Diante disso, questionamos: Quando a prática trans-forma o psicólogo? Ou seja, quando a prática leva o psicólogo a ir além daquilo que aprendeu na graduação? Parece que a experiência de contato direto com as crianças e seus familiares possibilita a incorporação de novos saberes em prol do cuidado. Essa questão nos faz pensar nas discussões de multi/inter e trans-disciplinaridade em saúde. Oliveira (2007) ressalta que esses modelos de lidar com produção do saber em saúde envolve diversos fatores, que merecem discussão. No modelo multidisciplinar, enfatizam-se a sistematização e a delimitação do objeto de estudo sem que os profissionais envolvidos estabeleçam entre si relações efetivas no campo técnico ou científico. Isso pode levar à especialização do saber e à

subdivisão progressiva das tarefas de trabalho. Já na interdisciplinaridade, identifica-se um problema em comum entre os conhecimentos ou disciplinas envolvidas, conduzindo as discussões por intermédio do trabalho em conjunto e da comunicação entre os campos disciplinares. E, por fim, na Transdisciplinaridade, ultrapassa-se o próprio campo disciplinar, criando-se um campo ampliado de discussão teórico-prática baseado na possibilidade de trocas entre os envolvidos de cada área de conhecimento em prol de um novo conhecimento comum aos envolvidos.

Entretanto, o processo de saúde-doença envolve não apenas a articulação dos campos disciplinares mediante a adoção de um desses modelos supracitados, mas exige que os profissionais envolvidos considerem fatores como a qualidade de vida sob a ótica da pessoa, que adoece, a autonomia e a vontade de quem está enfermo, as dimensões genéticas e somáticas, além do ambiente sociocultural no qual o paciente está inserido. (Oliveira, 2004). Quando o profissional incorpora e coloca em prática tal concepção ampliada de saúde, é possível haver um intercâmbio de saberes e fazeres em prol de um cuidado integral e não apenas da extinção de sintomas, que caracterizam um dado quadro. Às vezes, o modelo mais praticado é a multidisciplinaridade, já que a execução da inter e da transdisciplinaridade¹⁸ exige articulação e diálogo constante entre os membros da equipe de saúde, que não raro, encontram-se “isolados” e “esgotados” em seu cotidiano de trabalho. Em OP, apesar das dificuldades apontadas pelas colaboradoras, parece haver interlocução entre as equipes ora pelo viés multidisciplinar, ora pelo viés interdisciplinar, já que o câncer infantil exige, por si só, um trabalho coletivo.

Essa forma da gente trabalhar em uma equipe multi e trabalhar de forma interdisciplinar é privilegiada. (Colaboradora 4-GF)

¹⁸ **Transdisciplinaridade** é um termo que designa o diálogo efetivo entre diversas áreas de conhecimento, de modo a ultrapassar os limites de um dado lugar/olhar. Assim, cada profissional oferece sua contribuição, questiona e reintegra suas compreensões a partir do saber do outro, compondo coletivamente uma atitude em prol do trânsito sistemático entre os diversos saberes. Assim, constitui-se um saber-fazer coletivo que ultrapassa as especificidades de cada disciplina em prol de uma compreensão mais ampliada dos fenômenos.

Nunca tive dificuldades (desde que entrei na instituição) com a equipe que trabalho, porque eles solicitam o trabalho do psicólogo, dividem as questões com a gente, trabalhamos até com a própria equipe, com as necessidades dos profissionais com as dificuldades de relacionamento. Eu acho que existe essa abertura. E o trabalho do psicólogo tem sido extremamente valorizado! (Colaboradora 5-GF)

Eu acho que é um trabalho realmente de equipe multidisciplinar, e não tem como ser diferente. Há tanto a valorização da gente (como psicólogo) como a valorização dos outros profissionais; reconhecemos essa importância. As vezes também dentro da mesma instituição e em outros setores eu não percebo isso tanto, mas na Oncologia, eu vejo! Você não vê ninguém fazer Oncologia sozinho! Então eu acho que já é por conta disso, isso já ajuda a gente nesse sentido. (Colaboradora 2-GF)

Lá na instituição eu tenho reunião com a equipe de Cuidados Paliativos toda sexta-feira e é muito gostoso porque você percebe que se divide tudo, a responsabilidade, inclusive. (Colaboradora 3-GF)

Não houve um consenso quanto às especificidades da prática com crianças e com adultos com câncer. Algumas ressaltaram haver diferenças no modo de acolher e acompanhar as demandas da infância e outras não enfatizaram tal diferença.

A especificidade de minha prática é sempre lembrar que a criança é criança (Colaboradora 3-E)

Eu não consigo separar a criança com câncer de outros pacientes adultos. Para mim não existe uma diferença entre as faixas etárias (...) não consigo ver diferença entre a técnica desenvolvida com a criança daquela que é desenvolvida com adultos. Quando comecei a trabalhar em hospital, eu criei um mito de que criança ia ser diferente, algo do tipo: 'Criança é mais frágil, criança é diferente, ai meu Deus a criança...'. E quando me deparei com essa criança que fala tudo, eu vi que é todo mundo igual, não tem isso não! Eu é que tenho que receber isso e lidar com isso! Existe um pouco desse mito, dessa crença que a criança é diferente ou que tem que ser diferente. (Colaboradora 2-E)

Existe especificidade na prática psicológica com crianças que têm câncer. A prática em OP é específica no sentido de usar mais da criatividade (bonecos, fantoches e as vezes, até o celular para demonstrar os procedimentos, pois muitas vezes esse é o único material que a gente tem! Como psicóloga só posso trabalhar a criança se tiver uma brinquedoteca ao meu dispor. Eu acho que para trabalhar com criança....Muitas vezes não se tem recursos. Então numa folha de papel a gente faz e acontece. Com os pacientes adultos e idosos isso é mais difícil acontecer. Eu utilizo muito papel como eu acho. A pessoa precisa do concreto para poder ver como é, e a criança mais ainda. Por isso a especificidade que eu vejo no tratamento de criança é que ela precisa desses recursos e criatividade. A questão do vocabulário é importantíssima. Eu preciso traduzir

sempre! É uma coisa que as vezes passa desapercibido: observar a criança porque muitas vezes ela não quer que eu brinque com ela ou pode achar que é só uma brincadeira...mas eu poder observá-la com outras crianças. (Colaboradora 1-E)

Eu trabalho com essas crianças/adolescentes levando em consideração a faixa etária, a capacidade cognitiva e o desenvolvimento emocional, tanto que uso alguns recursos que facilitam a expressão de sentimentos como o desenho livre e, às vezes, alguns materiais como jogos e brinquedos para que facilitem a expressão das crianças. E mesmo quando a criança está numa idade maior, utilizo os recursos da ludoterapia, mas na medida do possível uso como forma de potencializar meu olhar e minha escuta. (Colaboradora 5-E)

É importante no trabalho com crianças, a sensibilidade e o resgate do lúdico, pois no hospital essa coisa da criança fica um pouco de lado. A gente usa muito o lúdico e o reconhece que essa é uma questão importante (...) em OP tem que haver uma compreensão da realidade, um preparo com desenhos e uma atenção ao que esses desenhos e as construções com massa de modelar querem falar para a gente. (Colaboradora 7-E)

Tem uma diferença no atendimento feito a crianças e feito ao adulto em Oncologia. (...) lidar com crianças é diferente! As pessoas sempre perguntam como e o que é mais difícil: lidar com o adulto ou com a criança? Eu acho que para o profissional, lidar com a criança é mais difícil do ponto de vista emocional e mais fácil do ponto de vista profissional. Criança não tem muitas reservas, não têm defesas e é muito mais espontânea! Criança não cria tanta fantasia como o adulto! No adulto a coisa vai acontecer amanhã e ele já está sofrendo na semana anterior, pois cria fantasias muito grandes. Se o adulto tem uma piora do quadro, a primeira fantasia é a de que vai morrer; já a criança não! a não ser que ela seja maior e tenha um nível de compreensão maior. Lidar emocionalmente no dia-a-dia com a criança é mais difícil para o profissional! Do ponto de vista emocional é mais fácil lidar com adulto que tem um discurso diferenciado e discute questões que envolvem o tratamento; e com a criança isso não acontece diretamente, por isso vamos utilizar outros recursos e seguir por outros caminhos. (Colaboradora 8-E)

Um fenômeno curioso, que nos chamou a atenção, foi o modo como uma colaboradora descreve a iminência de morte das crianças, a qual tende a afetar mais os atores envolvidos da OP do que quando se trata da morte de adultos.

Tem a questão da morte, eu acho que a grande questão é essa. Eles já vêm vivenciando o luto. Quando você começa, por mais difícil que seja, um paciente renal crônico ele não vê a doença como uma sentença de morte; e no caso do câncer, é diferente, pois é uma doença que está associada à morte (Colaboradora 2-GF)

(...) a Oncologia está relacionada com a morte! (Colaboradora 5-GF)

Segundo Oliveira, Bretas e Yamaguti (2007):

a proximidade das idades entre quem cuida e que é cuidado torna a identidade mais imediata e o profissional mais vulnerável ao sofrimento com a possibilidade da morte. Por sua vez, as pessoas idosas têm as suas mortes mais aceitas tanto pelos profissionais como pelos membros da própria família, como uma etapa do ciclo de vida.” (p.391).

Vejamos um exemplo disso:

Quanto se trata de adultos aceitamos melhor o momento de fechamento de sua vida, mas quando é uma criança que mal chegou, é muito mais difícil! Muitas vezes a mãe faz o questionamento: porque ele vai morrer? Porque ele morreu de nem chegou a viver? Então você vai explicar àquela mãe o que aconteceu, mas isso lhe deixa uma reflexão: por quê? Procuro arrumar esses porquês perfeitamente até porque se eu não conseguisse arrumar, eu não estava por aqui não!(Colaboradora 3-E)

A morte per-passa o cenário cotidiano da OP. E essa iminência de sua ‘aparição a qualquer momento’ traz não apenas a consciência da finitude, mas leva as pessoas a se angustiarem diante das perdas relacionadas à vida, ao corpo e à experiência de estar neste mundo. (Kovács, 1991). Embora saibamos dessa condição existencial de ser-para-a-morte, é provável que, para algumas crianças (principalmente as menores), isso não apareça de forma tão clara. Sobre isso Kastembaum e Aisenberg (1983) explicitam:

crianças muito pequenas podem ficar impressionadas por se verem expostas à morte. A criança pode não dispor de operações mentais de alto nível, mas percepções relativas à morte podem produzir um forte e duradouro impacto. (p.12)

A partir do século XX, a morte tem ocorrido, sobretudo, em hospitais em virtude de doenças como o câncer, cardiopatias e derrames. (Kovács, 2008) Isso só ajuda a ilustrar o quanto a prática dos trabalhadores em saúde é marcada por uma contradição: a busca por salvar vidas e o convívio diário com a morte (Saloum e Boemer/1999; Costa e Lima/2005; Poles e Bousso/2006; Suzaki, Silva e Possari/2006; Gutierrez e Ciampone/2007; Shimizu, 2007). Alguns profissionais

de saúde, incluindo o psicólogo, podem estar impregnados pela crença de cura e por alcançar o ideal de 'vencer a morte'. Quanto mais isso estiver arraigado no profissional, mais fácil será que se torne refém da lógica tecnicista. (Poles e Bouso, 2006). Nesta pesquisa, as entrevistadas pareciam 'bem familiarizadas' com o contexto da morte, e mesmo revelando dificuldades inerentes face à impossibilidade de cura, afirmam a vida em seu pode-ser, pois concebem o cuidado como ato sempre possível.

Quem é mais antigo sabe que, às vezes, se buscava a cura a qualquer preço! Hoje em dia, tem-se outra visão de cura, agora com o menor número de sequelas possíveis e pensando no paciente e nos sobreviventes. (Colaboradora 1-GF)

Penso que hoje o foco não está no curar, mas no cuidar. É um cuidar muito mais amplo; não é só cuidar do paciente e da família, mas é cuidar também da equipe. (Colaboradora 3- GF)

É um cuidado que não se restringe ao "curativo", vai além. O cuidado em OP envolve a família e a rede social do paciente. Por exemplo, nos disponibilizamos para acolher um amigo do paciente que tenha dúvidas sobre o adoecimento e tratamento ou uma professora após o retorno dessa criança a sala de aula. O cuidado em OP mostra-se extremamente importante para a família, o paciente e a equipe quando a cura não é mais possível, nos cuidados paliativos exclusivos (...) não utilizo comumente a palavra "cura", prefiro pensar em "cuidados". Acho que o cuidado vai além de onde a cura pode ir, é mais extenso. Reabilitar é contribuir para a qualidade de vida, para que o sujeito e sua família possam funcionar de uma forma harmônica, com equilíbrio. A criança após um tratamento de câncer precisa enfrentar outros desafios como a readaptação a rotina escolar, o convívio com seu grupo de amigos. O psicólogo vai desempenhar um importante papel ajudando no manejo de ansiedades que possam surgir neste período. (Colaboradora 7-D)

Lembramos que foi somente na década de 60 do século passado que os trabalhos de Elizabeth Kubler-Ross e Cicely Saunders revolucionaram o trabalho com pacientes fora de possibilidades de cura e trouxeram o tema da morte para a discussão pública, desafiando a mentalidade da morte como tema interdito já proposto pelo historiador Philippe Ariés em 1977.

Para além das especificidades da prática com crianças com câncer, o que há em comum é a necessidade de se fazer um trabalho clínico de inclinar-se à escuta dos pacientes, familiares e, muitas vezes, até da própria equipe de saúde.

Acho que o trabalho que faço na Pediatria é diferente do trabalho na enfermagem de adulto, porque na Pediatria a gente está geralmente acompanhando os pais com mais frequência (Colaboradora 6-E)

Eu acho que para o profissional, lidar com a criança é mais difícil do ponto de vista emocional e mais fácil do ponto de vista profissional. Criança não tem muitas reservas, não tem defesa, e é muito mais espontânea! Criança não cria tanta fantasia como o adulto! No adulto a coisa vai acontecer amanhã e ele já está sofrendo na semana anterior, pois cria fantasias muito grandes. Se o adulto tem uma piora do quadro, a primeira fantasia é a de que vai morrer; já a criança não! a não ser que ela seja maior e tenha um nível de compreensão maior. Lidar emocionalmente no dia-a-dia com a criança é mais difícil para o profissional! Do ponto de vista emocional é mais fácil lidar com adulto que tem um discurso diferenciado e discute questões que envolvem o tratamento; e com a criança isso não acontece diretamente, por isso vamos utilizar outros recursos e seguir por outros caminhos. (colaboradora 8- E)

Na minha experiência, a prática psicológica com criança que tem câncer é muito parecida com a forma que atuo na clínica. Não é uma transferência da atuação da clínica em si, mas segue mais ou menos as mesmas diretrizes, até porque eu compreendo a Psicologia do hospital como a clínica no hospital. Dependendo do tipo de internamento e pelo que predomina da patologia e do tratamento (...) a gente tem que fazer uma intervenção nesse contexto para que a criança consiga ser criança e não apenas um doente (colaboradora 2-E)

Outro aspecto relevante é que a prática aparece direcionada ao cuidado e à orientação com os pais e acompanhantes.

Os pais precisam muito mais de atendimento psicológico porque têm aquele sentimento de culpa, de procurar proteger os filhos de tudo e de fato isso não acontece (...) vejo a possibilidade de trabalhar com o sofrimento que eles trazem em relação à impotência da doença. E se eles estiverem bem o suporte que eles darão a criança vai ser outro!(Colaboradora 9-E)

Você não trabalha só a criança, mas trabalha a família da criança (pai, mãe) e quem esteja acompanhando; e às vezes acompanha até outros parentes mais comprometidos que dificultam a evolução do tratamento. (Colaboradora 8 E)

O trabalho em OP temos que estar orientando as famílias para entenderem que a criança está doente e que não é um tratamento simples (...) esse trabalho não é restrito ao paciente e precisa estar inserido em nosso trabalho como uma conduta de rotina. (Colaboradora 3-E)

Trabalhar com a criança é trabalhar com a família! Não se pode fugir disso! (Colaboradora 1-E)

Uma das funções do profissional de saúde é a de auxiliar as pessoas a morrerem dignamente. Isso requer:

um trabalho de apoio familiar, a identificação das necessidades e prioridades para que se possa estruturar o trabalho, com a intervenção, a mediação da relação paciente-família-equipe e a decodificação de suas mensagens. (Tonetto & Rech, 2001, p. 517)

Temos também o acompanhamento pós-óbito, que é oferecer a possibilidade dessas famílias trabalharem em cima de uma nova reestruturação, essa tentativa de re-estruturar a vida, de viver sem esse filho!(Colaboradora 4-E)

Essa ideia de orientação nos lembra a questão da educação em saúde, que envolve um conjunto de práticas no âmbito das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde consigo mesmos, com as instituições e com os usuários/pacientes no dia-a-dia de suas atividades (L'Abbate, 1994). A educação em saúde pode ser entendida como

um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, e o profissional dessa área é o principal mediador para que isso ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades. (Souza,Wegner e Gorini, 2007, p.2)

Em OP, a educação em saúde se faz por meio da orientação aos pais e da utilização de recursos lúdicos e didático-pedagógicos, que serão discutidos adiante.

A prática também apareceu como sendo norteadada pela disponibilidade afetiva em estar com o outro, tolerância e paciência. A disponibilidade já é ação, mas essa ação possui limites.

Olha acriança aqui chorando! Já me dá vontade de ir lá saber o que é, entendeu? Largar a entrevista e ir lá saber o que é, mas vou deixar de ser onipotente, porque eu não vou estar possível em todos os lugares! Vamos a uma coisa de cada vez!(Colaboradora 1-E)

Eu acho que me dou durante o trabalho, naquele momento importante, o tempo que eu estou ali é para aquelas atividades e pessoas (Colaboradora 1 E.)

A prática psicológica com crianças que têm câncer tem que ser o dia-a-dia, é você e se dispor. (Colaboradora 4-E)

Aprendi a exercitar essa disponibilidade para com o outro, a desenvolver tolerância e paciência. É um trabalho que faz com que você exercite isso o tempo todo (Colaboradora 8- E)

A disponibilidade afetiva se refere ao modo como as colaboradoras se colocam e se expressam, ou seja, é a forma como estão e como se tornam. Segundo Heidegger, essa tonalidade afetiva/humor se manifesta por meio de dois modos de ser: pelo temor/fechamento inautêntico e pela angústia/abertura autêntica. No caso das colaboradoras, percebemos, a partir de suas narrativas, que, na maior parte do tempo, o cenário da OP exige que elas se coloquem como abertura para o presente. Essa abertura é “*um traço fundamental do ser humano*”. (Heidegger, 2001, p.100).

Eu acho que para quem não estar aqui dentro pode ser tão chocante escutar a gente dizer que gosta de trabalhar com criança com câncer... parece uma coisa tão chocante! Como é que a gente gosta de trabalhar com criança com câncer?! Mas é como você estava falando: é um presente essa relação que a gente tem com essa criança, porque a criança está doente, ela não é doente! Ela tem também uma parte toda saudável, que brinca, que ri, que acha graça; então é isso que alimenta o trabalho da gente! A gente está junto nessa parte saudável! (Colaboradora 4-GF)

O diferencial da prática do psicólogo em OP é a disponibilidade interna, a empatia para compreender o que é dito nas entrelinhas ou o que não é dito. O desejo de cuidar, o desprendimento e a coragem para lidar com a dor do outro e sua própria dor. (Colaboradora 7-D)

Colocar-se como abertura nesse contexto significa ser clareira para o outro.

Nas palavras de Heidegger (2001):

há clareira (abertura) mesmo no escuro. Clareira não tem nada a ver com luz, mas vem de leve (...) clareira vem de leve, de tornar livre. Uma clareira no bosque está aí mesmo quando está no escuro. Luz pressupõe clareira. Só pode haver clareira onde foi feita uma clareira, onde algo está livre para a luz. O escurecer, o tirar a luz não toca a clareira. (p.41)

Poderíamos, então, fazer a seguinte alusão em OP: a clareira seria o estado de abertura proporcionada pelo psicólogo, e o escuro seria o câncer, a iminência de morte, o sofrimento, o não-saber o que o fazer, as limitações da técnica e do saber científico diante da iminência do fim. Para ser abertura, o psicólogo não se prenderia à dureza da técnica. Ao contrário, deve transitar pela leveza do cuidado enquanto antecipação libertadora. Para Heidegger (2001), não se deve transformar a condição humana em uma mera condição técnica. Isso nos

lembra o papel clínico do psicólogo na perspectiva fenomenológica existencial, que consiste em sustentar as tensões que emanam da alteridade e, em dizer sim e dizer não à técnica mediante uma postura de serenidade para com os fenômenos que se des-velam na prática cotidiana.

Sendo assim, a técnica não seria um simples meio para se alcançar um fim, mas uma forma de desencobrimento, de desvelamento de sentido, de produção da verdade (*alethéia*). (Heidegger, 2002). E é isso que o psicólogo em OP busca fazer: facilitar o desvelamento de sentidos que circulam por entre os atores envolvidos da OP, e assim, promover o cuidado.

Diante do exposto, compreendemos que a prática em OP se mostrou como uma prática afirmativa que focaliza o que as crianças/familiares podem (poder-ser/abertura autêntica) e não o que eles não podem (fechamento inautêntico). Mesmo diante de um cenário tão complexo, as colaboradoras enfatizaram a possibilidade, a potência, o devir, o 'ainda não'. Exemplos:

É preciso permitir e proporcionar os pacientes seguirem em frente sem a necessidade do estigma de ex-paciente(...) Acho que este processo acontece normalmente quando desde o início, a proposta favorece a autonomia.(Colaboradora 5-D)

É a importância de se trabalhar também com família para não colocar aquele paciente no lugar de doente eternamente, o bichinho, o coitadinho, o que não pode, o que tem que ficar margem. Eu acho que nossa prática envolve essa inclusão e isso também parte do paciente, pois a partir do momento que ele se sente bem, ele vai reivindicar esse lugar junto a sua família e a sociedade.(Colaboradora 4-GF)

Tem esses impactos do sofrimento, mesmo que se trabalhe o lado saudável da criança (Colaboradora 9-E)

Quando a gente nega a dor do outro, a gente esquece que é gente! Se tenho essa disponibilidade de falar sobre morte e sobre perdas, já é algo muito importante, pois os pacientes vão falar sobre a dor do tratamento, a dor da perda e não só de morte. (Colaboradora 7-E)

Eu já trabalhei muito a morte com pacientes e também já vi muitos pacientes morrerem sem tocar nesse assunto e sem querer falar disso. E aí eu me contentava em fazê-lo perceber que eu estava ali junto, e estava à disposição mesmo sem dizer uma palavra. Muitas vezes era só disso que eles precisavam! Não precisava de todo um tratado científico na cabeça para trabalhar com essa questão da morte. (Colaboradora 8-E)

A Psicologia participa, incentiva e organiza as datas comemorativas e as festas, como por exemplo, Dia das Mães, Dia dos Pais, São João, Carnaval, Natal, Dia das Crianças (...) então esses momentos nos servem de observação, por isso o trabalho é incansável. Mesmo a gente se divertindo, pseudo se divertindo, temos que está de olho como é o movimento dessa criança e de seus pais. Às vezes, a festa é a primeira oportunidade de termos um pai aqui dentro (Colaboradora 1-E)

De um modo geral, essa temática nos remeteu ao que Heidegger (1999; 2001) e Critelli (2007) discorrem a respeito da impossibilidade de qualquer fixidez nos modos de ser do homem, alertando que experiência de viver é, desde sua origem, uma experiência fluida, livre, inóspita, provisória, intensa, temporal. Isso também incide na prática do psicólogo, já que em OP, esse profissional lida diretamente com as mudanças que incluem a existência de crianças que transitam entre a vida e a morte, a saúde e a doença, a cura e a não cura, o cuidado e o não-cuidado, dentre outras metamorfoses e acontecimentos ao longo do tratamento de câncer.

O que nos chamou a atenção é que as psicólogas desse estudo, mesmo diante dos paradoxos provenientes de uma prática verdadeiramente desalojadora e com o poder de des-construir paradigmas, parecem não se esforçar para se livrar das incertezas e da angústia, que assolam o modo-de-estar com essas crianças em OP. Isso contraria a lógica representacional do pensamento metafísico de previsão, fragmentação e controle excessivo. Além disso, a prática desses profissionais segue a contramão do que Barbosa, Francisco e Efken (2007) discorrem a respeito do homem contemporâneo:

O homem parece criar mecanismos de controle excessivos. Hoje, não se fala em simplesmente viver, mas em controlar a vida, ainda que se saiba da sua contingência e finitude. (p.56)

Com isso, questionamos: O que faz com que essas profissionais não sucumbam ao desejo de controle? Seria o re-conhecimento de sua impossibilidade, já que se trata de uma área específica marcada, principalmente, pela iminência de morte? Seria algo que as convocam a responderem mediante seus posicionamentos éticos frente às pessoas envolvidas e ao mundo?

Resgatamos uma narrativa que desvela um posicionamento ético de uma das colaboradoras, que ajuda a explicitar o que comentamos acima.

Quando minha filha comenta alguma coisa do tipo, eu faço: “ah que nada, isso que você está fazendo é tão pequeno!” Aí ela olha assim e diz: “é.... você vê tanta desgraça que aí qualquer coisa que a gente mostra é pequeno para você”. As vezes a gente precisa ouvir isso mesmo porque a gente lida com coisas tão graves... só que para minha filha o que ela me mostrava estava sendo significativo para ela, até mesmo pela fase e idade dela. Às vezes a gente precisa ouvir essas coisas para se dá conta, de que algo não precisa ser tão grande e doloroso para gerar um sofrimento; pode ser uma coisa pequena, mas que é grande para ela. A gente está tão envolvido nessas coisas que mobilizam tanto... em tantas dores, angústias, sentimentos... (Colaboradora 2-GF)

A prática em OP apareceu guiada pela ideia de tempo.

Não posso deixar para amanhã o que tenho que trabalhar hoje. (Colaboradora 9-D)

É o tempo que se faz necessário, muitas vezes atemporal. (colaboradora 5-D)

Heidegger nos fala que o homem existe na medida em que exerce seus modos de temporalização. Mas, para que isso aconteça, é preciso que ele aprofunde sua experiência ôntica com o tempo. No cotidiano, isto equivale a refletir sobre os *conceitos de futuro, presente e passado*. Movido pelo tempo e acontecendo no espaço com-os-outros, o homem se movimenta em sua existência, podendo coexistir nos modos autêntico ou inautêntico.

Na inautenticidade, o homem é levado pelos valores correntes e dominantes, pensando e agindo como se tudo já estivesse decidido/definido na vida. Assim, passa a compreender o mundo conforme a opinião comum e da massa, vivendo uma vida anônima e se conformando passivamente com o que lhe ocorre. Nesse modo de existir da impessoalidade, o homem encontra-se limitado para alcançar abertura em direção às coisas e à compreensão apropriada do seu ser. Heidegger (2001) nos diz que, nesse modo, a pre-sença está sob a ‘tutela dos outros’.

Já no modo autêntico de existir, o homem assume a vida como propriedade de si, construindo-a conforme projeto pessoal a partir das possibilidades vislumbradas. Assim, passa a existir e se comportar como ser-com e co-presença, já que, na ótica Heideggeriana, o ser não se dá de forma isolada e mesmo diante da solidão/isolamento, *“a pre-sença é sempre co-pre-sença, o mundo é sempre mundo compartilhado, o viver é sempre con-vivência.”* (Barguil e Leite, 1997,p.319).

Um exercício autêntico da Psicologia seria aquele que se apropria das lacunas não na ilusão de exterminá-las como algo ruim e limitador, mas no sentido de reconhecê-las como marcas da limitação humana. É não se tornar refém da falta ou da angústia, mas fazer dela algo, que nos impulsiona a seguir adiante. E, mesmo diante da inautenticidade, é comum que a consciência humana apele ao poder-ser e assim, atualize suas possibilidades. Esse apelo corresponde a uma tentativa de recuperar o plano ontológico através do clamor da angústia. É na e pela angústia que o homem é levado ao modo de existir autêntico. Isso parece ocorrer em OP, dadas as narrativas abaixo:

Já vivenciei situações lindíssimas mesmo tratando-se de perda, de morte. Nem toda morte tem que ser triste! Tem pessoas que nos dizem estar preparadas pra ir e você vê que realmente estão. Essa proximidade com vida-morte desmistificou muito essa questão da morte pra mim. Hoje para mim a morte é uma consequencia natural da vida. (Colaboradora 4-E)

É aquela coisa de você ajudar e estar com a pessoa, dizendo que ela vai embora, que vai morrer. Não se pode fazer diferente, não se pode impedir que ela morra, mas pode-se ajudar para que ela fique bem.(Colaboradora 3-E)

Quando as colaboradoras enfatizam o longo período de tempo decorrido com essas crianças, fez-nos lembrar da conotação de tempo anunciada por Heidegger: o passado como “o que acaba”; o presente como “o agora” e o futuro como o “logo a seguir.” Com exceção do presente, os demais tempos permanecem no âmbito do “ainda não são”. Talvez isso ajude a explicitar a ênfase das psicólogas naquilo que está acontecendo agora.

TEMÁTICA 2: PELAS VIAS DA EXPERIÊNCIA COTIDIANA: O CUIDADO EM AÇÃO NA OP



As concepções de cuidado predominantes foram circunscritas, principalmente, dentro de uma dimensão ética e de respeito à alteridade, embora algumas colaboradoras tenham concebido o cuidado mais próximo da técnica. A prática psicológica em questão baseia-se na experiência desenvolvida ao longo dos anos. O modo de estar com o outro é construído, principalmente, a partir do que é experienciado nos encontros com os outros (crianças, familiares e equipe). Há afetação com a prática mesmo depois de alguns anos de trabalho. Isso sugere que a perplexidade e a conexão afetiva com os envolvidos são inerentes ao ato de cuidar em OP. A partir do momento em que o psicólogo se afasta dessa possibilidade e abertura, corre o risco de se distanciar da capacidade de sentir e de intervir de modo efetivo. A partir desse envolvimento, podemos chegar à compreensão, pois

é por meio da afetação (emoção/humor) provocada ao ser interpelado, que o humano pode compreender a si mesmo inserido no mundo com outros: como está se percebendo em determinada situação constitui-se como experiência. (Morato, 2000, p.1)

Não vou dizer a você que eu não sinto a perda de uma criança, sinto sim! Construímos vínculos com os pacientes, mas nesse momento sei separar a pessoa da profissional, sei que o que eles precisam não é alguém para chorar junto, mas para estar escutando o que está sendo dito, para dar apoio.(Colaboradora 4-E)

Teve uma criança que acompanhei ano passado que tinha um problema muito sério; e quando cheguei na enfermaria ela já estava botando sangue pelo nariz e pela boca. Fiquei arrasada, nunca tinha visto isso e a mãe dele estava totalmente descompensada e ajoelhada pedindo a Deus que pelo amor de Deus não tirasse seu filho. Eu acolhi aquela mãe e quem estava com a criança era a equipe médica. A criança ficou bem, foi para a UTI, a mãe ficou compensada, mas na segunda-feira a criança foi a óbito, era mês de novembro. Isso me marcou muito, apesar de já fazer quase dois anos, mas é uma pessoa que eu acompanhei desde

que entrou no hospital. É como se fosse assim: entro no hospital e vejo toda a vida daquela pessoa indo ao óbito, é chocante! (Colaboradora 6-E)

Tenho que ter cuidado para que minhas crenças não interfiram em meu trabalho, mas esse lugar e esse momento é uma coisa difícil! A gente está em uma sociedade ocidental e a morte ainda é vista como uma coisa pesada. Mas com o passar do tempo você chega a ajudar os outros. Tenho certeza que hoje eu posso estar ajudando familiares e pacientes nesse processo de uma forma muito tranqüila. Não é uma coisa que me apavora ou que me engessa! Eu consigo trabalhar essa possibilidade e essas perdas junto aos pais e aos pacientes. O mais importante é respeitar o paciente, não existe uma receita de bolo! Cada paciente tem sua forma de lidar. (Colaboradora 5-E)

Na hora que vou atender os pacientes não estou com nenhum equipamento na mão, mas tenho que estar atenta e assimilar a informação. Muitas vezes você faz um atendimento hoje e passa uns dois ou três dias processando as informações para saber qual o retorno que vai dar depois. Não é receita de bolo! Não basta pegar um livro! Tem que processar, conhecer a história do paciente e daquela família para poder saber dar um retorno. Não tem receita de bolo para processar isso. É ouvir e ir atender! Na hora é o que se pode dar de retorno e não tem muita complicação nem mistério; é algo automático. (Colaboradora 3-E)

A consideração pelo próprio sentir e ser e pelo sentir e ser do outro nos remeteu ao que Heidegger (2001) chamou de cura. A cura manifesta-se concretamente por meio do cuidado. Além disso, a cura é o modo-de-ser fundamental do homem, que lhe assegura a existência. No mundo, a cura encontra-se sob duas formas de ser: a ocupação e a pre-ocupação.

A partir das narrativas, compreendemos que o cuidado em OP se desdobra como pre-ocupação com o outro, não no sentido de “substituí-lo ou fazer tudo por ele”, mas no sentido de antecipar uma ação. Seria uma espécie de pré-ocupação que

antepõe o outro em sua possibilidade existenciária de ser, não para lhe retirar o cuidado e sim para devolvê-lo. Nesse processo a pre-sença ajuda o outro a se tornar transparente em si mesmo e livre para a cura. (Machado e Jorge, 2005, p.200)

A afetação foi vista de modo positivo no sentido de incentivá-las a continuar trabalhando em OP e no sentido de cumprir com a função de despertá-las de uma possível prática estéril. As afetações causam uma certa surpresa/perplexidade

diante dos fenômenos vividos e surgem como uma forma de manter as profissionais “não anestesiadas” pela suposta ilusão de controle, imortalidade e neutralidade. A isso chamamos de autenticidade/propriedade (Heidegger, 1999).

Existem vários desafios nessa área, como o de lidar com nossas questões emocionais, pois estamos lidando com a morte. Tem que ter o cuidado para não se tornar muito acostumado com as situações. As situações não podem me tirar de tempo, mas ao mesmo tempo, as situações não podem deixar de mexer comigo, porque se deixar de mexer comigo eu não serei uma boa profissional. É um desafio teórico, mesmo quando tenho muito o que fazer (Colaboradora 9-E)

Os primeiros meses foram pesados porque você lida muito com a morte e com a questão do diagnóstico para a família; e isso mexe muito! Quando eu entrei aqui estava sem fazer terapia e com o tempo, busquei trabalho pessoal porque não estava agüentando; principalmente quando via uma criança com diagnóstico de câncer que daqui a alguns meses vai morrer ou que vai à óbito na sua frente. As vezes o paciente está agonizando e tem alguns minutos antes dele morrer onde o médico chama a psicóloga para dar um suporte àquela família. Quando isso aconteceu (pela primeira vez) comigo fiquei muito chocada! (Colaboradora 6-E)

Na primeira semana em Oncologia Pediátrica tive aquela resistência! Lembro de uma paciente que eu não conseguir chegar perto para estabelecer um contato. Passaram-se duas semanas para eu saber se tinha feito a escolha certa, mas depois disso, foi ficando mais fácil; aliás, mais fácil entre aspas porque quando vejo crianças e adolescentes com um diagnóstico, ou melhor, com um prognóstico difícil, não é fácil! É um negócio que vou aprendendo a lidar. Ainda me considero verde pelo tempo de prática. Preciso de mais tempo para desenvolver o trabalho, pois ainda estou aprendendo(...)teve uma paciente que me chocou a ponto de eu não conseguir fazer meu trabalho. Fiquei me sentindo impotente e frustrada nesse sentido porque não consegui chegar junto. Teve outro caso de uma mãe que acompanhei desde o começo com a pediatra. Era uma adolescente que teve câncer repentino e foi entubada, tendo evolução muito rápida. Desde o começo eu estava bem perto dessa mãe e trabalhamos a questão desse tumulto e das fantasias, coisas que ela tinha feito e suas responsabilidades. A gente trabalhou tanto que eu não esperava a reação de desmaio dela quando a filha faleceu. Pela forma como vínhamos trabalhando, esperava outro tipo de reação dela; foi uma coisa que me surpreendeu (Colaboradora 9-E)

Por outro lado, algumas apontam que é necessário um movimento de aproximação e afastamento contínuos, necessários para darem continuidade ao trabalho

Na prática, vou encontrando mecanismos para dosar esses afetos. Eu acho que é uma espécie de termômetro. Quando a coisa acontece e não me mobiliza tanto, tenho que parar para ver o que está acontecendo nesse momento. De repente não estou sendo um bom profissional! Mas o que eu não posso é deixar de ‘sofrer’ porque senão estou deixando de me implicar. Não deixar de sofrer faz parte do cuidado! Acho que não tem como acolher sem se envolver, senão não é

acolhimento. Não tem como não se envolver, não tem como não sofrer! Tem horas que dá vontade de chorar, faz parte! Para tratar tem que ser tão humano quanto aquele que está ali! Não posso deixar de ser humano para cuidar! Mas se me afeta demais, pode prejudicar meu cuidado, e aí também tenho que rever. Não posso me desmanchar nem posso ser indiferente!(Colaboradora 9-E)

Quando falei de sensibilidade também falei em técnica. Essas duas coisas acontecem na Oncologia Pediátrica. Você começa a identificar quando percebe o sentimento, que é vivencial. E quando tem uma técnica, você tenta olhar para esse sentimento também. Há como se misturar e se afastar, não é? Então é essa aproximação e esse afastamento. (Colaboradora 2-E)

tem sempre aquela coisa de dizer: “olhe, mas qualquer coisa, as portas estão abertas ainda.” (risos). Mas eu acho que tem uma hora que se a gente não fechar as portas de alguma forma, a gente se sobrecarrega de tal forma que não dá conta disso. Tem uma hora que tem que dizer assim: “o papel do serviço foi cumprido nesse sentido”. Mas não deixa de ser um para processo doloroso, e ainda é porque que a gente chega e diz: “se precisar de qualquer coisa, as portas estão abertas!(...) e gente tem que trabalhar com isso, estar atenta para nem está abandonando eles, mas também não acolher demais para não favorecer essa coisa que foi falada: deles estarem perpetuando o retorno ao serviço. Tem uns que por si mesmos dizem: “ai graças a Deus que chegou o dia, não quero te ver, não voltar mais aqui”, e acha ruim e reclama quando tem que vir uma vez por ano. Outros não; aí por tudo e por nada voltam (Colaboradora 4-GF)

Estar-no-mundo-com-a-criança-que-tem-câncer arremessa o psicólogo frente a questões cruciais acerca do seu existir-com-os-outros, trazendo angústia, vivências intensas e desenraizamento existencial. (Barbosa et al 2007)

Hoje tem momentos em que estou mais fragilizada talvez até pelo acúmulo de perdas, as perdas não elaboradas e de todas as coisas que vão acontecendo ao longo do tempo. De qualquer forma são 17 anos trabalhando com OP e já assisti/vi muitas coisas. Muitas vezes fico meio assustada de estar me distanciando desse sentimento, de está vivenciando isso! (Colaboradora 8-E)

Esse movimento contínuo de aproximação e afastamento nos remete à ideia de como a disposição afetiva se manifesta, ora pelo modo de ser do temor (fechamento), ora pela angústia (abertura). No temor, teme-se que algo (ente) se aproxime venha ao nosso encontro “sem que para isso estejamos preparados”. O ente temido costuma aparecer como possível ameaça ou dano. Assim, tendemos a assumir o medo no lugar do outro e não lhe retiramos o temor. Já na abertura, não tememos a aproximação dos outros entes; ao contrário, caminhamos em

direção a ele na medida em que nossa existência admite possibilidades de abrigar e acolher o outro em sua alteridade, sem que ele represente uma ameaça/dano. Na abertura, o homem está disponível para o encontro e, portanto, aberto para os acontecimentos e significados nele construídos.

Além disso, no processo de cuidar de um paciente, a equipe, muitas vezes, vincula-se não somente a ele, mas também a seus familiares. Essa relação traz amadurecimento tanto para aqueles que são cuidados quanto para os membros da equipe cuidadora, sobretudo se o tempo dedicado àquele paciente se prolonga dentro do hospital. Assim, quando o paciente consegue recuperar-se, é motivo de grande alegria e orgulho para a equipe, que se sente com quem 'cumpru seu dever'.

Às vezes fico pensando que essa coisa de lidar com o câncer é uma vitória nossa também! É uma vitória do paciente, é lógico, mas indiretamente ou diretamente a gente absorve isso como uma vitória nossa, e a gente quer que esse menino continue vitorioso e esteja bem. (Colaboradora 5-GF)

A gente se sente um pouquinho fazendo parte desse sucesso, isso compensa, gratifica! (Colaboradora 4-GF)

Mesmo diante de perdas, da morte do paciente, aliado ao sentimento de tristeza fica o engrandecimento de ter permanecido ao lado da criança e de sua família até o último instante. Há o engrandecimento por reconhecer que de alguma maneira ajudamos em vários momentos a tornar aquele sofrimento mais suportável. Fica a disponibilidade para ouvir e acolher essa família, caso se faça necessário. Diante de um tratamento bem sucedido, fica a satisfação de ter contribuído para essa conquista. (Colaboradora 7-D)

Contudo, se o prognóstico não evolui de forma satisfatória, os cuidadores podem sentir-se frustrados e impotentes, buscando formas e meios para justificar sua "falta de êxito". Mesmo que as colaboradoras tenham relatado algumas dessas situações, elas parecem criar condições para expressar o que sentem em ambas as circunstâncias a fim de elaborarem sentidos acerca de suas afetações e de continuarem trabalhando de modo satisfatório. (Kóvacs, Esslinger, Vaiciunas e Souza, 2008)

Diante disso, os itens, que mais causaram afetação em sua prática, foram: tempo de tratamento, situações de vulnerabilidade social, perdas, imagem da

criança, morte, abnegação e sofrimento dos pais, reincidivas do câncer (recaídas), omissões dos pais, espontaneidade das crianças em relação à morte, excesso de tecnicismo de alguns profissionais da enfermagem. Os modos de afetação com a prática ocorrem, sobretudo, mediante a observância de questões sociais limítrofes vivenciadas pelos pacientes e familiares, tais como: dificuldade para comprar remédios, falta de alimentação e de higiene adequadas, momento do diagnóstico, mães desleixadas com os filhos doentes, dentre outras.

Eu vejo o sofrimento dos pais e o quanto eles se abandonam para ficar cuidando das crianças! (Colaboradora 9-E)

Às vezes nos deparamos com situações de tantas dificuldades sociais, onde os pais preferem o internamento do filho para garantir-lhe uma alimentação adequada (...) São problemas sociais graves que existem na nossa sociedade, e que estão mais próximos de nós do que costumamos imaginar. (Colaboradora 4-E)

Para mim foi chocante quando entrei na Pediatria, principalmente no começo quando eu via crianças indo à óbito, sem braço, sem perna, sem cabelo, com a fisionomia totalmente diferente de palidez e olheiras; e às vezes você tem de interagir com elas e elas não tem muita força. Isso para mim no início foi chocante demais! Hoje não sei dizer se já me acostumei, mas isso já virou parte do meu trabalho. Antes eu saía daqui chorando. (Colaboradora 6-E)

Não tem como não sofrer com a perda desses pacientes! O que a gente precisa fazer é encontrar uma maneira de lidar com isso que não nos abale! (colaboradora 8-E)

O momento do diagnóstico é terrível porque eles vêm naquela angústia de saber o que é. É devastador porque para a grande maioria a doença ainda é associada à morte, apesar de estarmos trabalhando com percentuais de 80% de chances de cura, como no caso das Leucemias Linfóides. A gente trabalha muito no sentido de desfazer esse estigma de morte. (Colaboradora 4-E)

O diagnóstico ainda tem aquela coisa cultural e exerce um impacto muito forte nas pessoas em geral. (Colaboradora 5-E)

O que me marcou foi a independência e o conhecimento que a criança tem; sua forma espontânea de falar e de lidar com as coisas de sua história de vida (...) para a criança importa: 'o que eu estou sentindo?', 'como eu estou sentindo?', e 'o que é que eu faço?'. Essa é a praticidade da criança, mas às vezes ela sofre ataques do próprio adulto. Exemplo disso é quando o pai ou a mãe diz: "não, não fale assim não! Que história de falar em morrer! Que história não sei de quê!". Então isso foi a primeira coisa que me chocou. Como mediar isso? O que vou fazer para mediar isso? Porque essa criança tem que ter esse espaço. Esse espaço é dela. É o adulto que está cheio de 'neura'. Quando uma criança vinha para uma consulta e dizia: "eu vou morrer é, doutor? Eu não vou mais andar não?", os pais já concluíam antes até do médico, de tudo e de todos. Então eu me questiono: o que eu vou fazer com essa verdade? A princípio isso foi angustiante!

Eu desenvolvi uma ansiedade na hora e tinha vontade de dizer para eles assim: 'respeite, vamos seguir o ritmo dela!'. Mas tinha o ritmo dos médicos, dos pais também. Era um descompasso! isso foi a primeira coisa que me chocou. Eu comecei a ver que não estávamos preparados para as crianças, nem para essa espontaneidade e praticidade, nem mesmo para suas expressões, como: "quer dizer que eu não vou comer isso mais não?", "quer dizer que isso não sei quê?". Elas faziam conclusões que eram óbvias; olhavam para o pai e diziam: "você vai para casa e demora a voltar, num é?". A mãe e os pais respondiam: "Não, meu filho, papai volta." E eles não iam voltar mesmo porque eram do interior, mas viria outra pessoa. Então isso me chocou porque eu queria logo mudar esse contexto de forma rápida; mas tudo isso é um processo. Outra coisa que me chocou foram as limitações dos técnicos em relação a esse cuidado. É um cuidado técnico que não pode se misturar com afeto, mas tem afeto porque você convive. (Colaboradora 2-E)

Devido o psicólogo ter chegado recentemente no hospital e ser um profissional mais recente nesse espaço de intervenção à saúde, ele tem a tendência de ocupar os lugares que estavam vazios. E me chocou eu ter que está o tempo todo vigilante, me policiando para não ocupar esses outros lugares. Esses lugares são lugares de atuação. Ocorre assim: 'como ninguém está conseguindo num dado momento fazer isso ou aquilo'; 'se está sendo difícil cada um entender quando começa e quando termina seu trabalho e onde interage', ou 'já que o médico não explica a cirurgia...' Isso me chocava muito! Já que o médico não explica a cirurgia, eu vou lá e explico. E eu não conseguia me aceitar informando sobre cirurgia e procedimentos! Eu trabalho a reação emocional e o impacto disso no sujeito! Por isso, não sou eu quem vai saber ou informar como é ou não cada procedimento. (Colaboradora 2-E)

No começo a morte era o grande medo e empecilho, depois eu descobri que tinha que trabalhar e enfrentar isso (Colaboradora 8-E)

*O que me angustia é, muitas vezes, ver a condição de vida, a situação precaríssima! (...) As questões você vê como mais inquietantes nessa área passa pela situação que falei: tem mães e mães! Por que será que aquela mãe que é tão desleixada e descompromissada com a criança... por que será que essa criança simplesmente vem a óbito? aí a gente já tem uma justificativa plausível. Mas e aquela criança que mesmo com a mãe que não cuida, essa criança consegue superar! Aí você vê que mesmo sendo criança, cada um tem um potencial de se auto-cuidar. Os anjinhos da guarda estão protegendo, de alguma forma, essas crianças. Então, isso é inquietante para mim e outra questão que me angustia é a seguinte: as vezes, profissionais que lidam com crianças não têm o menor respeito ao vocabulário e conteúdo empregado. A criança precisa saber o que está acontecendo com ela mesma! Ela não é **um** adulto em miniatura e eu não preciso dizer nada. Era até bom se ela fosse porque aí ela podia informar e dizer alguma coisa, é isso! Meus colegas de trabalho que me angustiam...quando eu vejo simplesmente eles agem de forma desrespeitosa como foi o caso que eu falei.: de quebrar a confiança e está pouco se lixando se ela tá quebrando a confiança minha com aquela família. (Colaboradora 1-E)*

Tanto a recaída quanto a morte tem impactos na prática psicológica com crianças que têm câncer. Eu acho que é difícilimo para o profissional de Psicologia, porque não somos chamados, mas sim os médicos. Eles são os primeiros a saberem que tal caso é uma recaída precoce ou tardia, seja o que for. Então querendo ou não

é difícil porque aquele profissional também acreditou que aquele menino estava livre. Ele também estava junto com a família nessa crença que a doença não iria mais voltar. (Colaboradora 1-E)

A espontaneidade da criança, a cronicidade do câncer e suas vicissitudes, a negligência e o abandono de alguns pais, os limites de alguns profissionais e a falta de informações se mostraram para as colaboradoras não só como obstáculos, mas, sobretudo, como algo que causa perplexidade e que anuncia o poder-ser/o nível de abertura do outro em um dado momento. E, não raro, confrontar-se com esse poder-ser causa estranheza, reflexão, conclamando-as a uma verdadeira *práxis* cotidiana e não ao mero desempenho de um ofício ou prática. Com isso questionamos: Sem perplexidade haveria cuidado? E a *práxis* se realizaria sem a perplexidade?

Essa *práxis* se aproxima da ideia grega original de *téchne* (arte, invenção). Ao psicólogo caberia então realizar junto com o paciente, o pensamento meditante acerca da existência. Baseada em Heidegger, Feijoo (2004) afirma:

neste modo de pensar, faz-se necessário que o homem não se fixe em apenas um aspecto das coisas, que não se aprisione a uma representação ou tão-somente a um ponto de vista. Meditar implica em parar diante das coisas e refletir sobre elas, principalmente quando, num primeiro momento, até parecerem ser inconciliáveis. (p.88)

A prática do psicólogo como *techné* vai além da técnica, pois envolve um saber-fazer, que se deixa acontecer e respeita os limites desse acontecer. É um processo de desvelamento de sentidos e não de uma provocação ou pensamento calculante. (Feijoo, 2004). Nas palavras de Sá (2001), cabe ao psicólogo questionar o horizonte em que se constitui o Dasein em certo momento existenciário e isso parece caminhar na contramão das demandas da modernidade.

Uma das colaboradoras apontou para uma forma de dosar as afetações do cotidiano de modo a tornar a prática mais instigante e menos pesada:

Aqui nos revezamos entre ambulatório e enfermaria, trocamos a cada mês. Essa rotatividade ocorre por vários motivos, desde dar uma respirada, porque no hospital o ritmo é outro, trabalhamos com a chegada ao hospital, descoberta da doença(diagnóstico), óbitos e recaídas. É muito pesado! Outro motivo é a possibilidade de ter outra vivência com o paciente a nível ambulatorial, onde ele encontra-se em outra etapa do tratamento, reorganizando sua vida. (Colaboradora 4-E)

Dosar as emoções seria uma forma de oscilar entre o temor e a angústia? A angústia exprime uma das vivências mais profundas do humano, que desperta sentimentos, que tendem a permanecer velados. A angústia leva o ser a usar a sua liberdade para viver de forma autêntica/própria ou inautêntica/imprópria. O poder-ser angustia-se com o mundo por supor uma ameaça diante do nada/vazio, que não se localiza em parte alguma. Com isso, compreendemos que a angústia está ligada a outra marca da existência: a morte/finitude.

A finitude é a possibilidade mais própria do humano, pois é a única da qual não se pode fugir. É ela que anuncia a impossibilidade das possibilidades. Heidegger (2001) afirma que encontramos o nosso próprio eu-autêntico quando compreendemos que somos -para-o-fim. É a morte que nos liberta das banalidades mundanas e nos leva a enfrentar o dia a dia com disposição.

O cuidado, quando colocado em ação, vai promovendo mudanças na prática cotidiana, tendo, inclusive, o poder de atenuar e/ou extinguir o sofrimento.

Só existe sofrimento quando não se presta o devido cuidado. (colaboradora 3-D)

Desafios existem! No início e logo que entrei aqui no hospital eu tinha medo, medo do que iria encontrar ou do que o paciente iria me trazer através da leitura, do desenho ali. Hoje não! Vou no sentido de ir por inteira e de perceber o que ele está sentindo e precisando naquela hora, fazendo de tudo para acolher! Então esse medo foi embora. (Colaboradora 6-E)

A narrativa abaixo expressa um pouco do trabalho em equipe e do modo que as situações cotidianas exigidas pela prática vão transformando o psicólogo:

Lembro de um paciente adolescente que tinha osteosarcoma e estava muito assustado para entrar na sala de cirurgia. E aí eu perguntei se ele queria que eu entrasse com ele na sala de cirurgia e ele respondeu: 'ah eu queria que você entrasse!' Então eu entrei e o cirurgião começou a brincar comigo e disse: 'calce

as luvas pra me ajudar!’ E minhas estagiárias estavam assistindo. E eu respondi ao médico: ‘sem problema, o que você quer que eu faça?’ E ele falou: ‘eu quero que você segure a perna que vou amputar’. E eu segurei a perna nessa cirurgia ortopédica. Quando terminou, o médico pegou a perna e ficou um tempo me observando. Penso que ele achava que eu ia correr da parada. O paciente já sabia que a cirurgia era o melhor para si e quando terminou a cirurgia, eu fiquei junto dele. Estava junto quando ele acordou. Aí o cirurgião começou a tirar a roupa. O paciente abriu o olho e disse: tia? E eu respondi: estou aqui, não disse que estaria aqui? Aí ele perguntou pelo cirurgião e eu disse que ele estava trocando de roupa, mas que podia vir ou que eu poderia passar para o cirurgião o que ele queria dizer. E ele me disse: ‘eu só queria agradecer a ele por ter me operado.’ Então eu achei isso de uma grandeza imensa desse menino ter agradecido ao médico por ter cortado a sua perna. Quando você prepara para uma amputação de membros, a criança está muito assustada. Infelizmente esse menino não sobreviveu. Um ano depois ele fez metástase pulmonar e morreu. Mas esse foi um caso que me marcou muito! Pela presença de espírito desse menino; ele estava muito preparado para isso! Aí quando saí da sala uma dupla de estagiárias me disse: ‘pelo amor de Deus quando eu vi você calçar as luvas eu pensei que ia morrer! Mas eu não vou precisar fazer isso não né? porque se precisar eu vou desistir do curso agora!’(Colaboradora 8-E)

A ideia do quanto e do que afeta as colaboradoras nos ajuda a compreender o modo como as mesmas concebem o cuidado, além dos desdobramentos do cuidado no cotidiano da OP. Cuidado foi concebido como:

a) Disponibilidade afetiva para estar com o outro e crença em seu lado saudável

cuidar é estar disponível; é acreditar no lado saudável do outro e que aquele comportamento que ele está tendo naquele momento é transitório, passageiro e equivocados por uma série de razões que estão lá atrás e a pessoa não está tendo consciência! Então cuidado é criar os meios para fazer com que o outro tome consciência de si. Eu sempre penso assim: não interessa como o paciente vai me receber, interessa a minha intenção que é a de ajudar. Eu quero fazer o melhor por ele. Se ele vai aceitar minha ajuda de imediato ou se ele vai demorar para aceitar, isso não deve ser o mais importante. Já tive várias experiências com crianças que no início não queriam o atendimento e depois vêm espontaneamente para o atendimento. Tenho que respeitar o momento do outro! (Colaboradora 8-E)

Será que o psicólogo consegue estar disponível para o outro em todas as ocasiões? Quais os limites dessa disponibilidade? Será que as situações que envolvem urgência e, portanto, inadiáveis, não interferem no modo como os psicólogos se dispõem a estar com o outro? O que possibilita tal disponibilidade?

Estar disponível para o outro parece uma prerrogativa do trabalho do psicólogo não apenas em OP.

b) Estar junto, escutar e oferecer suporte emocional

Cuidar simplesmente é ficar junto (Colaboradora 1-E)

Não precisa de alta tecnologia para atender bem ao paciente. Você faz com presença, apoio e conforto. Agora, lógico que com toda fundamentação clínica!(Colaboradora 3-E)

Eu fico danada quando ouço outros pais falarem: “é assim mesmo se conforme, foi Deus que quis!” - Como se conformar com uma situação dessas? Então esse momento é para você parar e escutar, seja para ele xingar esse Deus, seja para o que for, mas é o momento do sentimento dele. Eu não estou ali para julgar. Estou ali para escutar e dar suporte emocional. E eu acho que isso faz toda uma diferença! (...) o que seria cuidar? Eu acho que é isso que a gente faz! (risos). Eu acho que é dar esse suporte social, psicológico e médico. Essas pessoas terem um lugar para ficar, esse suporte de passagens, de cesta básica é importantíssimo para a adesão ao tratamento. Esse acolhimento e comprometimento que de fato ele sente. (Colaboradora 4-E)

No começo é cuidar da criança e tratar desses pais para tentarem suportar, superar e ultrapassar essa fase. Depois você começa a vê que não é só isso, senão seu trabalho fica parecendo com ‘apagar fogo’ e suprimir sintoma. Você começa a ver: ‘não, a minha ação tem que se prolongar, e tem que ser uma atuação voltada para esse futuro’. É aquela coisa de reabilitar e re-socializar, aí a gente já começa com ações focadas nisso e não só encapsulado no momento do agora (Colaboradora 2-E)

c) Assumir compromisso e perceber demandas do outro

O cuidado em OP é de responsabilidade e um compromisso muito grande! É cuidar da criança e de sua família para que a família fique bem e cuide da criança. Eu trabalho isso com a enfermagem, mas muitas vezes o medo e as limitações fazem com que a equipe ache a criança chata ou interprete suas ações como birra. Então eu explico um pouco o que está acontecendo com as crianças e adolescentes para que a enfermagem possa está crescendo nesses cuidados. Acredito que cuidado é você assumir compromisso e transferir muitas emoções! Eu priorizo a manutenção da atenção em meus atendimentos e se existe paciente, a partir daí tento perceber as demandas dele por informação. Participo daquele momento e a partir daí faço intervenções verbais. (Colaboradora 7-E)

Cuidar de uma criança com câncer é uma coisa muito importante! porque eu acho que uma palavra, um gesto, e quando você diz para alguém: “amanha eu volto para ver como você está” isso já é cuidar. As vezes tem outros atendimentos e enfermarias para visitar e não dá pra passar no mesmo dia, mas depois você

encontra o paciente no corredor e ele te olha de forma diferente. Querendo ou não é como se você tivesse tocado na ferida da pessoa! E se você não volta é como se você tivesse faltado com ela!(Colaboradora 6-E)

d) Toque e expressão de afeto ao outro

Talvez seja muito pouco o que eu vou dizer, mas para cuidar de alguém você precisa realmente se dar. Quando eu digo 'se dar', não é só aquele seu tempo não, é você simplesmente estar disponível para ouvir a pessoa desabafar e o que ela está sentindo. Cuidar é simplesmente tocar! Eu lavo minhas mãos constantemente, mas eu também toco, porque eu acho que muitas vezes esse tocar é importante! E principalmente a criança, que a gente sabe que é muito pele-a-pele. (Colaboradora 1-E)

Muitas vezes o cuidado é dar um abraço naquele momento, é as vezes, cuidar é simplesmente segurar na mãozinha e esperar que a criança durma, ou até falar como o dia está bonito e ler uma historinha. Aí é o que eu digo: é pouco dizendo porque realmente quem cuida sabe exatamente o que é ser cuidado! Pronto, cuidar é você estar atento ao que aquela pessoa está fazendo. A gente tem que pensar o seguinte: não é fácil e a rotina é desgastante, por isso todo cuidador precisa ser cuidado! (Colaboradora 1- E)

Em minha prática cotidiana é significativo atender e vê o paciente sorrir para você e lhe dar um abraço. Às vezes não precisa fazer nada. (Colaboradora 3-E)

e) Acompanhar a existência e estar próximo até o último momento de vida

Já ouvi colegas me dizerem: "eu não queria estar lá sofrendo e alguém chegar junto de mim para conversar". E eu digo: "eu não chego para conversar! Eu chego e digo estou aqui, se você precisar estou aqui". E isso faz uma diferença muito grande! Primeiro porque as pessoas estão com suas famílias afastadas. Segundo porque eles já têm vínculo com a gente. O fato de saber que tem alguém do lado para poder falar sobre essa morte, sobre essa perda já faz uma grande diferença. (Colaboradora 4-E)

É encantadora a possibilidade de se está próximo até o último momento do outro, de estar ali acompanhando e de alguma forma, cuidando do paciente. (Colaboradora 7-E)

Isso nos fez lembrar que estar-com-o-outro só é possível quando há compreensão e abertura (Heidegger, 1999)

f) Acolher e atender a necessidades básicas do outro sem substituí-lo

Não consigo dissociá-lo (o cuidado) de uma intervenção não! Esse dar o mingau para mim foi Psicologia também, porque eu cuidei, atendi uma necessidade básica, fiz o acolhimento, tranqüilizei e fiz essa passagem para outra profissional. (Colaboradora 2-E)

Para cuidar de crianças com câncer eu procuro entender e atender as expectativas delas. Muitas vezes as pessoas dizem: a gente tem que trabalhar para dar qualidade de vida a alguém. Qualidade de vida não se dá a ninguém! Você pode oferecer os mecanismos, pontuar, direcionar e mostrar àquela pessoa para que ela busque essa qualidade de vida. (Colaboradora 3-E)

g) Respeito e posicionamento ético

O cuidado, pra mim, é esse respeito. É saber acolher. Se eu sei acolher, eu sei ouvir, eu sei ser neutra. Para mim, cuidado se mistura muito com a ética e a moral do atendimento. (Colaboradora 2-E)

a dor e a fragilidade são tão grande que não há espaço para racionalizar. E nesse momento temos que ter muito cuidado para não estar fazendo pontuações erradas e desnecessárias (colaboradora 4-E)

Quando profissional trabalha nessa área e principalmente em hospitais, tem a função terapêutica em qualquer lugar que esteja e não só no setting estabelecido ou na sala da Psicologia. Tenho essa função terapêutica em qualquer lugar que eu esteja. Quando estou dentro do serviço já estou atuando, tendo essa postura de ser terapeuta em qualquer lugar, no corredor, na sala de espera (Colaboradora 5-E)

As discussões e reflexões das colaboradoras estão inseridas na contemporaneidade, levando-as a se deparem com

situações, impasses e conflitos que não estão previstos em regulamentações ou leis. Portanto, a atuação ética de um profissional ultrapassa os limites da regulamentação normativa de um Código de Ética. (Gonçalves e Shimizu, 2008, p.1)

h) Envolvimento afetivo com o que facilita a vivência

O cuidado em OP é estar envolvido com o que facilita a vivência! É você estar participando disso, é estar junto nesse momento! É estar disponível para o que o outro tem a dizer e para o que podemos captar. E quando esse outro não tem condições, você cria meios de permitir que ele faça isso! (Colaboradora 8-E)

No cuidado das crianças com câncer eu me largo mesmo, deixo acontecer. Nunca tive medo disso e nunca me percebi vigilante demais; é tanto que alguns brincam:

“você é existencial, meu amor! Você é num sei quê!” Fica essa confusão! Ai eu digo: ‘não, eu sou winicottiana!’. Mas no dia em que eu perder isso, essa sensibilidade... eu deixo de ser psicóloga! porque eu só acredito no cuidado assim. (Colaboradora 2-E)

A disposição afetiva/humor ajuda a con-figurar a prática em OP, possibilitando o deixar-acontecer da fala em prol da ressignificação do câncer e do des-velamento de sentidos.

i) Proteção e manutenção da vida (em suas necessidades primordiais)

Quando eu disser ‘cuidar’ o que eu vou falar é pouco, porque se a gente for catalogar tudo que significa cuidado, vemos que a lista é enorme! (...) infelizmente, muitas vezes, o cuidado não é sinônimo de proteção. As vezes a gente vê que essas crianças são desprotegidas no sentido mais amplo da palavra. Chegam em casa, ficam lá jogadas, é um irmão que vai cuidar delas, uma vizinha que vai ficar porque a mãe precisa trabalhar; ou então esse pai ou padrasto é ignorante e a criança não confia. Então, querendo ou não, o que eu sempre digo a mãe: preste atenção! Cuidar também é proteger seu filho de qualquer situação, principalmente de alguma situação de violência (...) cuidar é proteger, cuidar simplesmente é ficar junto. Muitas vezes a gente sabe que tem ‘mães’ e ‘mães’ e a gente tem que ensinar mesmo sobre o cuidado e a proteção. (Colaboradora 1-E)

Se você me perguntar se enquanto psicóloga eu já alimentei um paciente, direi que já! Já coloquei paciente para dormir, já o relaxei e já contei história. Eu não me sinto como se fosse uma recriadora! Eu me acho realmente fazendo meu serviço, porque naquele momento é isso que a criança está podendo fazer (...) podemos ter o cuidado para o assistencialismo não avançar ou para que nossa prática não seja só assistencialismo. (Colaboradora 1-E)

j) Ação de solidariedade e comprometimento

Acredito que minha concepção de cuidado mudou ao longo desses 12 anos de prática, porque o paciente também vai nos ensinando. Vejo hoje que talvez, no início, eu fosse mais rígida (por incrível que pareça) devido à academia. Antes eu era mais rígida no sentido de dar dinheiro, ir à farmácia comprar remédio e dar às mães. Pensava: como é que eu vou fazer isso? E meu comprometimento? Então, hoje, depois de 12 anos eu digo que eu faço, minha consciência vai ficar limpa, estou usando do meu bom senso. Mas também se eu não fizer, não estarei me sentindo culpada! Se eu estou podendo fazer, eu faço! (...) não preciso ficar divulgando isso. E o que eu vejo quando faço isso? é que a mãe e o paciente estão usufruindo do que a pessoa faz, mas não estão se aproveitando. Pelo contrário, você vê que tem uma gratidão, mas é como se ela pensasse assim: “ela fez isso porque ela pode!” E é isso que eu sempre digo ‘não se preocupe; se eu

não pudesse fazer, eu não fazia. Se a senhora estivesse em meu lugar, a senhora também faria'. E lógico que a gente sempre tenta articular algumas ações, como por exemplo, já consegui um suplemento alimentar para crianças muito desnutridas através de uma empresa. (...) na questão do cuidado eu também já cheguei a tirar dinheiro do bolso e dar para comprar medicação, ou até ir comprar a medicação que estava faltando naquele momento e que era importante! Se você me perguntar: "você faz isso para todos os pacientes?" não! Não é para todos os pacientes! Naquela oportunidade, eu vi que o meu cuidado, que o que eu poderia fazer era exatamente isso: não deixar aquela criança sem aquela medicação específica. Porque se a mãe só desse a alimentação, não serviria, infelizmente. Agora, se disser assim: "é um pouco assistencialista?". Talvez seja, mas é a realidade que a gente tem! Não se pode fechar os olhos e dizer que essa realidade não existe! Muitas vezes para essa criança ser cuidada e atendida pelo profissional de saúde, ela precisa de uma fralda descartável porque está com diarreia. Aí é aquela história: por mais que a gente diga que é um certo assistencialismo, infelizmente os hospitais públicos não tem uma estrutura condizente com a realidade social do povo. (Colaboradora 1- E)

Romper com a impessoalidade é algo pelo qual a prática em OP clama, visto que a inautenticidade não gera solidariedade, implicação.

k) Empoderamento dos atores envolvidos

Por mais que seja estranho dizer isso, mas eu já disse a algumas mães: a melhor cuidadora é você! Nós profissionais de saúde aprendemos muito mais com você do que você com a gente, porque você conhece mais seu filho do que a gente! Seu filho tem muito mais confiança em você do que em nós'. A gente vai conquistando a confiança, por mais que essa mãe diga assim: "ela é louca pela senhora, doutora!". Está certo, mas a gente sabe que aquilo ali foi conquistado! É sempre importante levar isso para essa mãe porque é ela quem vai está cuidando as 24 horas (...) a questão da higiene deixa muito a desejar, por isso precisamos contar com as mães no sentido de zelar pelo processo de internação. Esse já é um papel delas! (...) mas o cuidador também precisa ser cuidado, e eu estou considerando a mãe como cuidadora e ela precisa dessa atenção. Muitas vezes, estou facilitando o trabalho dela. Se ela disser assim: "eu preciso ir em casa para lavar essa roupa", eu digo: 'a gente consegue! Vou falar aqui com o serviço social para ver se consegue ter um lugar aqui perto, uma lavanderia onde a senhora lave as roupas'. É por isso que eu digo, eu tento articular, facilitar e viabilizar essa relação mãe-filho para que o tratamento seja o melhor possível! (Colaboradora 1- E)

Às vezes os pais estão aqui mesmo doentes e as vezes nós vamos atrás de um assistente social, de uma consulta médica ou de um psiquiatra para eles. Eles não têm tempo de se cuidar! Eles precisam de uma atenção psicológica; tanto é que estou tentando montar uma escuta em grupo para os acompanhantes. (Colaboradora 9-E)

Isso nos fez recordar o cuidado como antecipação libertadora que emancipa o outro em seu poder-ser, em seu ainda-não.

l) Escutar e olhar atentamente

Realmente quem cuida sabe exatamente o que é ser cuidado! Pronto, cuidar é você estar atento ao que aquela pessoa está fazendo. A gente tem que pensar o seguinte: não é fácil e a rotina é desgastante, por isso todo cuidador precisa ser cuidado! (Colaboradora 1-E)

Teve uma criança com um caso muito complicado e com metástase que queria ir para casa ver a irmã e com pouco tempo depois, ela veio a óbito. Você negar esse desejo a essas pessoas de estarem com quem gosta... quando se escuta realmente o paciente, não se faz isso!(Colaboradora 7-E)

Teve uma criança com um caso muito complicado e com metástase que queria ir para casa ver a irmã e com pouco tempo depois, ela veio a óbito. Você negar esse desejo a essas pessoas de estarem com quem gosta... quando se escuta realmente o paciente, não se faz isso!(Colaboradora 7-E)

Lidamos com uma doença grave, com efeitos colaterais diversos, com a finitude do outro e com a nossa própria finitude. Somos mães, temos filhos e entendemos como é todo esse mecanismo de se ter condições de cuidar. É um grande desafio e por isso precisamos estar atentos!(...) então você tem que está muito atento não só à linguagem verbal, mas principalmente à linguagem corporal. Muitas vezes ela não fala, mas se expressa, por isso é necessário estar com a escuta e o olhar atento na prática diária. (Colaboradora 3-E)

Escutar e dizer estão no âmbito do discurso, que, segundo Heidegger (1999), corresponde a um existencial do *Da-sein*.

m) Falar na linguagem da criança e criar condições para expressão da mesma

A criança não está falando por falar. Isso é importante para ela! Preciso estar construindo espaços alternativos para que as coisas possam ser ditas, cuidadas e compartilhadas! (Colaboradora 7-E)

Temos um recurso importante usado na prática que é o playmobil hospitalar. Eu utilizo o playmobil para trabalhar a cirurgia, a identificação do local da doença e a ação da QT para desmanchar o tumor. Isso é feito com o objetivo de falar na

linguagem da criança e de atraí-la para prestar atenção naquilo que está sendo dito. É uma oportunidade dela se projetar tanto no desenho como no brinquedo ou no playmobil. Normalmente a gente conta histórias com mães, pais e crianças quando vamos preparar para a cirurgia. Um exemplo disso: “era uma vez um menino que ficou doente e foi ao hospital”. E pergunto à criança: “o que esse menino teve?”. A Criança responde: “teve dor de barriga e foi para o hospital na ambulância e quando chegou, o médico examinou.” E continuamos: e onde é que doía? Assim a criança vai se projetando e contando a história. Nisso a gente vai sabendo como ela está se sentindo e o quanto ela consegue compreender o que está acontecendo consigo. (Colaboradora 8-E)

A criatividade e a sensibilidade desse profissional têm que sempre está em alta, a atenção e a sensibilidade também. Ela foi buscar isso em uma loja e viu a história da menina dos cabelos cacheados. Ela (estagiária de Psicologia) então começou a contar: “era uma vez uma menina de cabelos cacheados...” E a menina disse: “quero não”. E a estagiária mostrou a bonequinha e disse: “eu acho que você não quer ouvir, mas eu acho que a sua mãe quer ouvir a história dessa menina aqui”. A paciente estava com a cara para a parede porque toda vez que a estagiária chegava, a criança virava-se para a parede para não ver a cara dela. E aí a estagiária começou a contar a história. Lógico que a gente sabe que a criança vai sendo tocada. E todo dia a estagiária contava a história. A partir do terceiro dia, a criança já olhava meio de banda e a estagiária falava com ela: “você gostou da história?” E ela dizia: “não”. E a mãe dizia: linda! No terceiro dia, a criança prestou atenção na história. Minha estagiária viu esse envolvimento e disse: “pronto! agora você conta a história da menina dos cabelos cacheados”. E ela começou (a paciente) a contar a própria história! A gente começou a ver o quanto a persistência vale a pena. Nessa área da Psicologia se você não tiver persistência, você desiste fácil! Então em relação a essa menina a gente viu que a questão da rotina, de ir e estar por lá sempre no mesmo horário foi válido! Isso também é cuidar, porque às vezes, o cuidado tem que ser sistematizado, tem que ter essas coisas mesmo. (Colaboradora 1-E)

Isso corrobora com o pensamento heideggeriano, no qual só há relacionamento humano se houver linguagem. Linguagem não é só fala, mas é também uma espécie de mostrar, de dizer que comunica o poder-ser do outro. Além disso, evoca também a ideia de espaço e homem como co-pertinentes. Só o homem fala, reflete e experimenta arrumar seu espaço enquanto tal. (Heidegger, 2001). Nesse caso, quando as colaboradoras se referem a essa criação de espaço e de atividades/ocupações, nos remete à ideia de que o ser temporaliza sua existência pelo modo como transita nesse espaço e pelas invenções e significados oriundos desse processo.

n) Acolher e não conter sentimentos

Eu não estou ali para julgar. Estou ali para escutar e dar suporte emocional. E eu acho que isso faz toda uma diferença!(Colaboradora 4-E)

Cuidar de crianças com câncer é acolher! É acolhimento, pode ser até outra coisa, mas a palavra que está me vindo agora é essa. É aquela questão de receber os pacientes para fazer biópsia, cirurgias e depois o acompanhamento na enfermaria, e quando começa o tratamento de quimioterapia porque querendo ou não, cada etapa é uma etapa diferente que eu tenho que estar junto desse paciente para dar o maior conforto possível!(...) Não digo que é um cuidado melhor ou pior, mas é um olhar diferente porque é uma criança e acho que a gente vai com mais cuidado e acolhimento. (Colaboradora 6-E)

*Cuidado é acolher, é a oportunidade que crianças têm de se apropriar da doença e de seu processo de adoecimento. É a oportunidade delas falarem! Cuidar é estar junto e dar essa oportunidade! E isso é muito interessante porque a postura dos outros profissionais geralmente é a de conter o sentimento e de dizer: 'não, não chore não!' O cuidado do psicólogo é o de dar a oportunidade à pessoa para poder ser naquele momento, de chorar, de se colocar, de falar sobre a morte e falar sobre os medos porque as pessoas abafam muito e não falam disso. Tanto é que é interessante quando as pessoas apontam para a gente: "oh fulano está precisando". Mas será que ele está precisando? Será que é porque está incomodando, chorando, falando e triste? E de repente, outro que está muito bem passa despercebido por não estar se expressando. Então cuidar é **estar** junto. (Colaboradora 9-E)*

Não julgar outro e sustentar a angústia que ele expressa são condições *si ne qua non* para o exercício ético da clínica (L.C.Figueiredo, 1996). É o diferencial de nossa profissão que possibilita o outro cuidar de ser.

o) Compreensão do modo de estar-sendo do outro

Tem que ter essa compreensão muito aguçada para lidar com o paciente em qualquer momento, até mesmo no momento do diagnóstico. É rotina de serviço todo paciente saber o que tem, como vai ser o tratamento (de acordo com a idade e seu entendimento), mas até isso é um processo! (Colaboradora 5-E)

Essas crianças precisam realmente de muito carinho e amor e a sua família também precisa desse carinho e amor, dessa compreensão do estado difícil que estão passando. (Colaboradora 1-E)

A compreensão do outro, em OP, não está baseada em categorias nosográficas, mas no seu estado de ser, que também é mudança.

p) Orientação e atendimento às necessidades globais dos pacientes e de seus familiares

Eu vou atender para ouvir aquele paciente como um ser humano completo!(Colaboradora 6-E)

Cuidar é atender as necessidades totais do paciente. É estar focado nas necessidades globais da criança. Não se trata somente da cura clínica/médica. O paciente precisa ser curado do ponto de vista de sua doença, mas ele é um ser que sente, fala, chora, que participa da vida e que precisa voltar para sua comunidade e viver bem com seus iguais; então o cuidado é um cuidado holístico/total. Então tem que cuidar bem do ponto de vista social, psicológico e holístico da família. Essa que é a visão do cuidar, não é só vim fazer a quimioterapia. É preparar para uma QT e para uma pós-QT. É ajudar essa família a entender e a saber que ela fez o que era possível e o que estava ao seu alcance. Mas a gente não consegue mexer com tudo! Cuidar é preparar essa família para resignificar a vida, pois quando se tem uma criança com câncer, a vida da família pára e tem uma modificação imensa, sendo que muita coisa é deixada para trás e a atenção para os irmãos fica dividida e reduzida. Então a gente precisa trabalhar com essas famílias os significados que emergem. (Colaboradora 3-E)

Eu acho que o cuidado é uma coisa bem ampla, é um olhar do todo! Cuidar envolve tanto o zelo da criança estar em um ambiente propício para sua idade e assim, possa se sentir bem. Mas principalmente, é um cuidar para que a criança possa desenvolver suas habilidades e potenciais, mesmo estando em tratamento. (Colaboradora 5-E)

Trabalho a família, dou apoio_ o holding, o suporte para essas crianças (...) é um trabalho gratificante e apaixonante o de estar ali cuidando do outro e por inteiro! (...) com os pais eu uso muito o atendimento de apoio para que mesmo com suas angústias, eles possam cuidar do paciente. (Colaboradora 7-E)

Isso convida o psicólogo a romper com a lógica Metafísica de que saúde é só ausência de sintomas e doenças e o convoca a realizar um trabalho preventivo e de reabilitação integral da criança em sofrimento oncológico e de sua família.

q) Facilitar/oportunizar a fala e amenizar a dor

E mesmo fora de possibilidades terapêuticas de cura, a escuta é sempre possível e cuidado vai além da cura! É possível trabalhar as angústias e os sentimentos das famílias! Não estarei tirando a dor do outro e a dor dos pais. A dor vai continuar existindo, mas vou está facilitando para que essas dores sejam faladas e com o tempo, sejam aliviadas (...) vou cuidando para que a pessoa não seja

absorvida por essa dor! A dor de tudo isso é emocional e vai repercutir. (Colaboradora 7-E)

Acompanhar a existência é sempre possível, mas, para isso, é necessário ir além da técnica, conforme já fora discutido anteriormente.

r) Orientação, informação e preparação para a realização de procedimentos terapêuticos (cirurgia, exames)

Nessa orientação, a gente simplesmente conversa com a criança de como será o procedimento; a gente simula na medida do possível como é que vai ser lá, e até as vezes esse trajeto com a ambulância, porque até às vezes é a primeira vez que a criança vai andar em uma ambulância. Além disso, a gente também informa como é que vai ser esse tratamento para os acompanhantes. Na simulação dos procedimentos com a criança, além de verbalizar, a gente simplesmente faz desenhos, ou as vezes, tira foto de determinadas situações e apresenta às crianças. (Colaboradora 1-E)

Tem também o ACR que é um exame de coleta do líquido céfalo-raquidiano feito na medula espinhal. Esse é outro exame bastante invasivo que a gente precisa criar recursos para trabalhar. Nesses casos, eu falava e explicava para criança: “tem que colocar o joelhinho no peito, bota a mão no ossinho aqui. Tem que ficar quietinho e não mexer para não bater no osso, porque quando bate no osso, dói”. Eu também ensinava a criança a se concentrar na respiração, porque a respiração serve para desviar a atenção do que estava acontecendo lá atrás. Então eu falava: “respira fundo, deixa a barriga mole porque se você ficar tenso, dificulta o trabalho da médica”. Então há todo um preparo em relação a isso e a gente encontra recursos para trabalhar junto com a própria médica que faz a coleta do líquido. A criança é preparada e às vezes a mãe não quer acompanhar e pede ao psicólogo para ficar junto: “ah doutora não agüento ver, a senhora fica e toma conta aí”. A gente faz esse papel em outros exames também como na ultrassonografia, ecocardiograma e endoscopia digestiva. Em todos esses procedimentos a criança precisa ser preparada. (Colaboradora 8-E)

Gosto de livros infantis que estão no hospital e através deles, trabalho como as crianças estão se sentindo e como estão percebendo a doença e a si mesmos. Tem um livro “gigi” que um dia uma menina leu e disse: ‘tia! tem tudo a ver comigo!’ E a partir disso, elas vão se apropriando dos exames e da medicação. (Colaboradora 9-E)

Isso corresponde a poder lançar mão da técnica quando necessário; contudo, é preciso saber e admitir não precisar unicamente dela. Nisso consiste o que Heidegger (2001) chamou de serenidade. A serenidade é uma espécie de

sábio abandono em prol da produção de sentidos, que ocorre no encontro com a alteridade (Michelazzo, 1999). Em outras palavras,

trata-se de uma serenidade frente à multiplicidade, ao acaso, àquilo que nos transforma sem nos darmos conta, o avesso dos valores morais, que supõe uma ordem natural e imutável do mundo.(Andrade e Morato, 2004, p.346)

s) Zelo pelo modo de falar e interpretação da linguagem

Na minha visão, o cuidado está na forma de falar como psicóloga (...) o psicólogo não pode somente contar histórias sem observar a fala, o discurso e os sentimentos da criança, senão seria apenas uma recreação. Temos que observar o que a mãe está dizendo dessa bruxa, ou qual é a reação desse menino, ou porque será que esse menino toda vez que vê lobo-mau, fica contente? Então, querendo ou não, não podemos esquecer exatamente dessa outra linguagem, que é algo específico de nossa área. Uma vez, o terapeuta ocupacional me chamou e disse: “você está precisando atender fulana, porque ela está chorando muito e fala umas coisas que eu não entendo.” E aí, é o que eu digo, nós entendemos muitas vezes até a fala; temos essa interpretação do que o outro está querendo dizer. (Colaboradora 1-E)

Compreensão é a abertura ao poder-ser das coisas, e a elaboração dessa compreensão, que vem sempre acompanhada de uma concepção prévia, é o que podemos chamar de interpretação. Em OP, a interpretação se faz necessária já que o trabalho do psicólogo ocorre por meio da linguagem. Para Heidegger (1999), todos nós somos abertura que possibilita compreensão, mas, na medida em que vamos ek-xistindo, essa abertura pode ser estreitada, minimizada. Quando somos-no-mundo por meio do fechamento, podemos interromper o processo de construção de sentidos.

t) Estimular a disponibilidade afetiva do outro e respeitar o seu tempo

Lembro de um paciente não estar disponível e eu estimular e fazer com que essa disponibilidade acontecesse. Era um paciente de aproximadamente nove anos e toda vez que ele entrava na sala da médica, ele derrubava as cadeiras, sentava no chão, chorava e empurrava o boné na cabeça, não olhava para mim. E toda vez que eu estava na enfermaria e no dia do ambulatório ouvia uma médica dizer: ‘ah fulano está aqui, estou extremamente estressada!’ Um dia quando cheguei vi que esse paciente estava correndo e falei com ele: ‘vamos conversar!?’ Mas ele

respondeu: 'não quero, não sou doido! Só quem conversa com psicólogo é doido!' Eu respondi: você não é doido, mas está se comportando como se fosse! Está bem, não vou insistir para você falar comigo, mesmo achando que você precisa. Quando você achar que precisa, aí a gente conversa. Eu não dava muita ousadia para ele! Mas em outro dia ele veio até minha sala, bateu na porta e disse: oi tudo bom?! (...) e esse menino hoje é um homem e todas as vezes que ele vinha para o atendimento, ele vinha conversar comigo na sala de atendimento. Ele dizia das angústias dele quando ia arranjar trabalho. Diante disso, vejo que às vezes é preciso construir e criar situações (...) cuidado é criar os meios para fazer com que o outro tome consciência de si. Eu sempre penso assim: não interessa como o paciente vai me receber, interessa a minha intenção que é a de ajudar. Eu quero fazer o melhor por ele. Se ele vai aceitar minha ajuda de imediato ou se ele vai demorar para aceitar; isso não deve ser o mais importante. Já tive várias experiências com crianças que no início não queriam o atendimento e depois vêm espontaneamente para o atendimento. Tenho que respeitar o momento do outro! (Colaboradora 8-E)

Conforme foi discutido anteriormente, isso nos lembrou a serenidade, a importância de não apressar o tempo do outro, mas esperá-lo em seu poder-ser.

u) Antecipação e simulação de ações de uma forma lúdica

Usar de recursos técnicos, quando necessário, seria uma forma de cuidar em OP.

as vezes, usamos do desenho e da criatividade, simulando e tentando fazer isso de uma forma lúdica. Às vezes, eu me coloco no lugar de paciente e falo para a mãe: 'oh mãe, é como se fosse eu, vai está assim.' Também chamo o estagiário para gente poder simular aquela situação e eles verem o que vai estar acontecendo.(Colaboradora 1-E)

v) Prática afirmativa da alteridade que vai além da cura física

A gente tem que orientar no sentido de educação formal, dizendo à mãe: 'essa criança precisa de limite'. Independente de estar com leucemia, independente de ter um câncer ela é uma criança que está manipulando a família inteira! Ela é uma criança que simplesmente está brincando com todo mundo! Ela está achando que é o reizinho da casa, e não pode ser assim!(Colaboradora 1-E)

Eu penso que hoje o foco não está no curar, mas no cuidar. É um cuidar muito mais amplo; não é só cuidar do paciente e da família, mas é cuidar também da equipe. (Colaboradora 7-GF)

w) Doação ao outro, ajuda.

A questão de você se doar naquele momento para aquela pessoa que está precisando. O ouvir o outro ajuda muito a gente! Não sei dizer, mas acho que a sensibilidade da gente aflora mais com essas experiências, com o olhar e com a palavra que percebe e compreende o outro melhor!(Colaboradora 6-E)

Quem é profissional de Psicologia tem que saber desde o primeiro momento, que a relação é de ajuda. Se ele não quis ajudar alguém, ele não iria ser Psicólogo, mas seria qualquer outra coisa. (Colaboradora 1-E)

x) Escuta orientada para o sentido

Eu acredito que o tratamento do câncer é invasivo que mexe tanto e traz tanta dor! Vou estar trabalhando os sentidos, interagindo o cuidar além do curar, trabalhando com a equipe e com a enfermagem que está muito próxima! (Colaboradora 7-E)

A investigação pelos sentidos, que o outro confere às suas experiências, é tarefa do psicólogo clínico, que, em OP, assume uma postura de escuta atenta e sensível em prol da ressignificação da vida.

y) Intercâmbio com a iminência de morte

Esse cuidado em OP tem especificidades, pois estou lidando com a vida, com o diagnóstico de câncer e com a possibilidade real e concreta da morte. Eu acho que isso é uma coisa bem específica! Estou lidando também com algumas patologias que levam o sujeito a se confrontar com a realidade e com a morte!(...) como profissional de saúde tenho que oferecer esse retorno, essa possibilidade de cuidado para que estejam elaborando esse momento de vida e se saiam bem e com sucesso no tratamento, se for o caso. (Colaboradora 5-E)

Não existe nenhuma criança que passe por um diagnóstico de câncer que não fique com os olhos mais pesados, mais entristecidos. O brilho dos olhos muda! E o brilho dos olhos vai mudar quando o médico simplesmente diz assim: “Não precisa vir para o hospital!”. Com certeza, os olhos vão mudar, porque ela sabe que vai ter a liberdade completa e irrestrita de volta. (Colaboradora 1-E)

Ser 'clareira' mesmo no escuro, é isso que o psicólogo procura ser para essas crianças/familiares.

z) Respeitar diferenças, mesmo não concordando com elas (desgastar-se com os atores envolvidos)

Às vezes eu vejo nosso trabalho da Psicologia com a criança como algo eterno. Nesse caso, a dentista em vez dele ganhar a confiança da criança, ele simplesmente quebra (ao extrair o dente da paciente sem autorização). Então, é por isso que eu digo que o cuidado é para ser eterno. Eu gosto do meu trabalho, mesmo sendo desgastante, mesmo tendo até raiva de outros profissionais por ter de lidar com isso (...) então querendo ou não a prática psicológica com a criança com câncer é no dia-a-dia, é você estar aprendendo, cuidando e também ir se desgastando com os outros profissionais, porque essa história de que o desgaste é só com a família que não te escuta/ouve e não segue suas orientações, é conversa fiada! às vezes o seu desgaste é muito maior com o profissional que está atuando, é aquele que simplesmente não está investindo tanto quanto você gostaria; ou ainda, você sabe que ele pode investir. É simplesmente aquele outro profissional que está passando por cima de algumas situações que com outro paciente ele não passou. (Colaboradora 1-E)

O respeito à alteridade apareceu como prerrogativa ética de acolhimento à alteridade/diferença que possibilita o compromisso com as demandas apresentadas em OP.

Z1) Demonstrar humanidade e não ser indiferente ao outro

Mas o que eu não posso é deixar de 'sofrer' porque senão estou deixando de me implicar. Não deixar de sofrer faz parte do cuidado! Acho que não tem como acolher sem se envolver, senão não é acolhimento. Não tem como não se envolver, não tem como não sofrer! Tem horas que dá vontade de chorar, faz parte! Para tratar tem que ser tão humano quanto aquele que está ali! Não posso deixar de ser humano para cuidar! Mas se me afeta demais, pode prejudicar meu cuidado, e aí também tenho que rever. Não posso me desmanchar nem posso ser indiferente! (Colaboradora 9-E)

Discutir sobre a impossibilidade de separar homem de mundo é algo, que já anunciamos anteriormente, só que nesse campo pesquisado, essa pressuposição Heideggeriana é evidente. A separação sujeito x objeto, subjetivo x

objetivo, verdade x engano não combinam com a prática do psicólogo com crianças que têm câncer.

Maternagem foi um termo explicitado por algumas colaboradoras, que o empregaram para se referir a um tipo de cuidado mais prolongado e intenso.

Maternagem é a capacidade de acolher quando se faz necessário (Colaboradora 5-D)

(...) tem essa coisa da maternagem e de família mesmo; é todo mundo junto em prol de uma coisa. (Colaboradora 4-GF)

Chamo de maternagem no sentido winnicottiano de construção de holding para o paciente e sua família. (Colaboradora 7-D)

A questão da maternagem está muito presente nesta enfermidade (...) a maternagem é a sutil diferença no cuidar. Seria atender de forma saudável às necessidades tanto do paciente quanto da família. (Colaboradora 6-D)

Poderíamos discutir concepção por concepção, mas ficaria repetitivo; por isso, elegemos explicitar o diálogo com os pressupostos teóricos somente agora, salvo algumas exceções que continham questões mais específicas. Diante das concepções de cuidado explicitadas pelas colaboradoras, ressaltamos que cuidar das coisas é tê-las prioritariamente dentro de si, é entrar em sintonia com elas por meio do *pathos* (sentimento, paixão, dedicação) e não apenas pelo *logos* (razão). Assim, conseguimos escutar o outro. O cuidado é algo que nos humaniza, que nos torna gente e não máquinas. É preciso ter paixão pelo que se faz! É preciso colocar sentimento naquilo que se constrói!

Uma das colaboradoras fez uma alusão da prática e do cuidado em OP com a história do mito de Dâmocles¹⁹, ressaltando que o poder/controle pode lhe

¹⁹ **Dâmocles** era um súdito da corte do rei Dionísio, que admirava o reino sem contestações. Seu poder era absoluto e sua palavra, a lei. Vangloriava-se de ser todo-poderoso e vivia submerso nas delícias e vantagens do poder. Sempre que podia, Dâmocles expressava seu sonho de um dia poder ter à mão tudo o que desejasse. Dâmocles insistiu tanto nesse desejo que Dionísio resolveu revelar-lhe as angústias do poder. Convidou-o para ser rei por um dia, com direito a coroa, cetro, banquete e tudo o mais. Mandou, porém, colocar uma espada em cima do trono, presa por um fio de crina de cavalo. Dâmocles exultou. Finalmente seu sonho seria realizado. Vestiu-se com pompa, assumiu a condição de rei e mergulhou no banquete em sua homenagem. Porém, no meio da festa, levantou os olhos e viu, sobre sua cabeça, a espada ameaçadora, que poderia a

escapar a qualquer momento, anunciando, assim, a precariedade da vida e fazendo psicólogo lembrar-se das limitações e dos desafios constantes. É como se, na prática, se pressentisse que “algo ruim pode ocorrer a qualquer instante”. A ameaça que o câncer venha a se manifestar equivale à espada de Dâmocles e estar no lugar do outro pode ser algo assustador. No caso dessa história, as possibilidades de estar no lugar do outro puderam ser revisitadas tanto por Dâmocles quanto por Dionísio. Em OP, há chances de que isso possa ser rememorado constantemente.

A partir da experiência em OP, nos sentimos desafiados e com a sensação de que a espada de Dâmocles está sobre nossas cabeças. O que nos mantém trabalhando em OP é saber que fazemos a diferença para alguém. Acho que o diferencial dessa prática é a consciência da espada de Dâmocles! (Colaboradora 9-D)

Em outras palavras, o ‘diferencial’ estaria na iminência de morte, na proximidade e no tempo de convívio, bem como na possibilidade de “fazer diferença” na vida de crianças e familiares:

O diferencial da prática do psicólogo em OP é o olhar mais diferenciado, um cuidar maior por ser uma enfermidade muito ligada à morte (Colaboradora 6-D)

Então isso é o que eu acho que faz o diferencial: a proximidade e o tempo em que ficamos juntos! (Colaboradora 2 - GF)

O que me mantém nessa prática é saber que de certa forma podemos fazer a diferença na vida dos nossos pacientes! (Colaboradora 3-D)

O cuidado, nesse caso, não foi considerado apenas um ato consciente, intencional ou controlável, mas uma atitude que nasce de uma autocompreensão e de uma ação transformadora. (Heidegger, 1995 in Ayres, 2004). Em OP, o

qualquer momento decepá-lo. Engoliu em seco, ficou morrendo de medo, mas entendeu nessa hora o que são as angústias do poder... (Fonte: <http://doosies.blogspot.com/2010/02/o-mito-de-damocles-e-eu.html>)

cuidado ultrapassa a questão das preocupações diárias, pois envolve a recuperação do projeto existencial (cuidar de si) de cada envolvido (seja de crianças ou familiares/acompanhantes). O cuidado se revelou como uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental. Além disso, correspondeu também às práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (Ayres, 2004, p.22)

Alguns pacientes que já concluíram seu tratamento às vezes aparecem para dar um abraço, dizer que estão bem e fico feliz. Não vejo isso como uma dificuldade de se libertar do vínculo, mas como uma maneira de mostrar ao outro que você se interessa por ele. Tenho interesse pelas pessoas que cuidei e quero saber como elas estão justamente por este interesse. Durante o cuidado há um investimento emocional na relação, de alguma maneira fazemos parte da história de vida do outro e ele da nossa. (colaboradora 7-D)

Sabemos que, na visão Heideggeriana, o cuidar, o dedicar-se, o preocupar-se com a vida e a antecipação de ações em favor do outro é algo inerente à condição existencial de estar-no-mundo. Mas a pre-ocupação deve ser algo, que leve o ser a cuidar do outro ser e não a substituí-lo, dominá-lo ou ocultá-lo de si.

TEMÁTICA 3: ESTAR-COM: O TRABALHO COLETIVO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



O trabalho em OP foi descrito pelas colaboradoras como ocorrendo em equipe, pois é construído coletivamente a partir do diálogo e de trocas constantes entre os membros da equipe, momento em que o psicólogo tem a possibilidade de participar ativamente da instituição, mesmo diante das dificuldades.

Aqui somos privilegiados em ter uma equipe multidisciplinar, aliás interdisciplinar, que valoriza o profissional. A gente não tem só a reunião clínica com a chefia, mas também com os demais profissionais e damos sugestões. Tem também uma reunião da equipe multidisciplinar na qual discutimos casos mais difíceis, dificuldades com acompanhantes. É bom ter uma equipe que valoriza nosso trabalho! Como já trabalhei fora da OP e em ambulatorios, eu acho que o maior desafio é o trabalho interdisciplinar de estar mais junto e discutir os casos. E nesse ponto, nós já temos. O trabalho deve ser interdisciplinar e isso a gente já faz; inclusive, discutimos diagnóstico junto com os médicos. Esse trabalho em OP trouxe contribuições para minha vida, pois estou trocando com outros profissionais e isso é a própria valorização do trabalho do psicólogo. Estamos construindo uma prática junto com a equipe, dando sugestões e mudando situações. Tanto que a reunião com a equipe multidisciplinar surgiu depois do último concurso na medida em que fomos modificando e construindo a realidade. (Colaboradora 9-E)

Como agora o hospital está bem maior, as distâncias também estão maiores. Antigamente a gente estava mais agrupado e mais junto, mas mesmo assim a equipe profissional de OP trabalha de modo integrado. (Colaboradora 8-E)

Apesar das dificuldades, uma das colaboradoras acima enfatizou o caráter de trabalho coletivo em sua equipe.

Acho que trabalhamos em equipe, apesar de muitas vezes termos dificuldades e obstáculos a serem superados. (Colaboradora 5-D)

Busco realizar esse trabalho em equipe. Porém, a rotina hospitalar, a demanda de atendimentos, a responsabilidade com outros trabalhos nem sempre permitem que esse trabalho seja interdisciplinar, pelo menos não da forma como gostaria que fosse. Não é o ideal, é o possível. (Colaboradora 7-D)

A gente trabalha tão bem que às vezes esquece de evoluir. O contato é tão próximo e verbal entre todos que ao invés de escrever “solicito parecer da assistente social”, eu vou lá e digo “fulano de tal está precisando disso” ou “faça isso.” (...) uma coisa legal é que a equipe do hospital trabalha muito junto. Os casos são discutidos em uma reunião clínica multidisciplinar que acontece às quintas-feiras e a Psicologia está sempre presente. Nessas reuniões é muito comum todos falarem e chorarem. Uma vez uma médica expressou: “não tô agüentando, quero passar o caso para outro”. Existe essa abertura de se falar; mas existe uma coisa também que dificulta para o psicólogo: é que todo mundo acha que psicólogo está pronto para tudo e aguenta tudo. Então o psicólogo tem que está pronto para aguentar a dor da equipe e isso é uma coisa que venho conversando com o pessoal e dizendo que eles precisam fazer o trabalho pessoal deles e que eu enquanto profissional da equipe não posso ser terapeuta deles. Eu posso dar o suporte e orientar em algum momento, mas não posso trabalhar essas dores deles. E graças a Deus isso tem surtido efeito em muitas pessoas da equipe! Muitos fazem acompanhamento psicológico com terapeuta e isso é muito legal! Todo mundo de lá tem muita sede de um trabalho psicológico voltado para o cuidador e para a equipe. A gente não tem disponibilizado isso pela falta de tempo, afinal tem-se que estabelecer prioridades. E a prioridade é o atendimento,

é a criança com câncer. A equipe é uma prioridade sem dúvida, mas como conseguir fazer isso? A gente está correndo o risco, está buscando, pedindo e implorando que vá mais gente para lá, inclusive psicólogos. Eu e a outra psicóloga temos muito cuidado com isso! Queremos trazer mais gente para trabalhar com o projeto de famílias enlutadas, com adolescentes, com as mães e com a equipe de enfermagem. Há projetos, mas faltam pessoas! E nós fazemos o que podemos e o que dá para fazer. (Colaboradora 8-E)

Essa última narrativa nos remeteu à discussão de Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2005, p.392) sobre as equipes de saúde em hospitais buscarem 'salvar vidas' a qualquer custo. E, diante de uma doença incurável ou da iminência de morte, o trabalho desses profissionais pode ser percebido como adoeecedor, frustrante, desmotivador e sem significado, trazendo a impotência à tona e desencadeando o contato dos profissionais com as próprias limitações e finitude. (Oliveira, Brêtas e Yamaguti, 2007, p.392). Isso contraria, em partes, o que as psicólogas relatam em suas experiências na OP. Por outro lado, ilustra o quanto a OP exige que a equipe realize reuniões com diferentes profissionais para eventuais trocas comunicativas, estudos de caso e encaminhamentos. E, mesmo quando isso não ocorre, alguns profissionais afirmaram criar situações para que as trocas de informações aconteçam

Sou enxerida e não trabalho isolada. Se a criança simplesmente está com dificuldade de comer, eu me meto, eu vou para a pediatra e para o médico assistente, vou até a nutrição, vejo se tem uma outra forma de fazer as coisas. Mesmo a nutrição dizendo "a gente já está fazendo", eu digo: 'vamos tentar isso, a mãe disse que ela gosta daquilo, vamos tentar ver, vamos tentar fazer uma festa das bonecas, alguma coisa a gente tem que inventar para essa criança se alimentar porque o cuidado e a proteção também passa pela alimentação". (Colaboradora 1-E)

Na equipe da gente procura conversar sobre a morte. Quando é uma morte que mobiliza muito, a gente sai junto para almoçar e chama a isso de almoço terapêutico porque um termina ajudando o outro. (Colaboradora 4-E)

Comparando-se a OP com outros setores dentro do mesmo campo de atuação hospitalar, duas colaboradoras destacaram a diferença:

Lá na maternidade o trabalho é diferente! Tem aqueles profissionais com o sentimento de que estão ali para dar vida. Eles trabalham com especialidades e como é difícil a questão de um atendimento mais humanizado! Já aqui na Oncologia Pediátrica eu me sinto muito bem, pois quando trabalho com a morte

vejo que tenho limites e isso traz uma maior valorização da vida e dos momentos. Quando chego em casa vejo isso! É um trabalho que traz o redimensionamento de valores. São tantas situações onde vejo bebês, adolescentes e pessoas que estão tentando dar continuidade a seus planos e sonhos!(Colaboradora 9-E)

Vejo o cuidado em Oncologia de forma diferenciada. Também trabalho no ambulatório de Psicologia de uma policlínica e percebo que minha maneira de atuar é diferente nestes dois espaços. Em Oncologia, as especificidades do tratamento, a hospitalização, o contexto favorece um contato mais próximo. Há o toque, as brincadeiras em datas comemorativas. Muitas vezes um paciente me vê atendendo outro paciente, ou acolhendo uma família em uma situação de perda. Em alguns casos, é um contato diário. Diferente de um ambulatório de saúde mental. (Colaboradora 7-D)

Mesmo não sendo o foco desta investigação, mas, para esclarecermos essa questão da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade em saúde, recorreremos a Bucher (2003) e LoBianco, Bastos, Nunes e Silva (1994).

A interação é interdisciplinar quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado, há expectativas de que profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única arte ou especialização. (Bucher, 2003 e LoBianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994 citado por Tonetto & Gomes, 2007, p.89 e 90).

Diante disso questionamos: O que marcaria a diferença na OP? Seria a iminência de morte e a possibilidade de sentidos que isso potencializa nos psicólogos? Será que essa possibilidade acaba “garantindo” um trabalho realmente interdisciplinar e coletivo? As marcas do coletivo seriam garantidas na medida em que os profissionais da equipe se envolvem afetivamente com o trabalho desenvolvido? A que se deve o empenho das equipes em construir um trabalho coletivo e mantê-lo ao longo dos anos? Duas narrativas da mesma colaboradora (na entrevista e no grupo focal) talvez esclareçam o que acabamos de questionar:

Existem diferenças no atendimento da criança com câncer e do adulto. Em ambos os casos, a família adocece como um todo. Na OP é uma outra realidade; é um

lugar onde se está contrariando as leis da própria força; até porque a gente espera morrer antes de nossos filhos e não enterrar nossos filhos. Trabalho em uma situação onde tudo parece estar errado! Não é para criança adoecer e morrer! Então eu acho que trabalhar com crianças é bem mais pesado e difícil porque tem o contexto e a família que adocece junto. Quando se trabalha com crianças a gente desenvolve mais a afetividade do que com o adulto. Tem o lado mais pesado, mas tem o lado que gratifica; mas eu acho mais difícil nesse sentido, afinal a criança está muito mais mexida e a família está despreparada pela ordem natural dos fatos.(Colaboradora 9-E)

Acho que a gente passa a se envolver com outras coisas a mais do que só a questão da subjetividade enquanto está no tratamento do câncer infantil.(Colaboradora 9-GF)

Acho que o tipo de doença e por se tratar de uma doença que muitas vezes é vista como mortal ou terminal, o trabalho do psicólogo se torna mais delicado e especial por chegar mais perto da terminalidade do ser humano (colaboradora 6-D)

Segundo Crepaldi (1999) e Chiattonne (2000), a mobilização de equipes de saúde relaciona-se com o nível de complexidade das demandas recebidas. É comum os profissionais se confrontarem com as próprias limitações, encontrando, nos colegas de outras formações, apoio para a compreensão e para o atendimento dos pacientes. Entretanto, isso não é uma conduta padrão e pode variar de acordo com as características do grupo de trabalho e com o tipo de intervenção. O trabalho em equipe costuma apresentar desafios, exigindo competências e habilidades para o trabalho coletivo e também a clareza de cada profissional sobre procedimentos técnicos especializados.

Algumas colaboradoras destacaram como a equipe em OP costuma conduzir o trabalho coletivo:

A prática está funcionando bem e isso não se trata apenas da intervenção do psicólogo, mas é um trabalho conjunto de uma equipe que fala a mesma linguagem e trabalha em harmonia, estando sempre atenta à escuta do paciente para repassar para outros profissionais. Então a questão biopsicossocial não é restrita ao psicólogo e a nenhum profissional em especial.(Colaboradora 3-E)

O psicólogo é alguém que acolhe e organiza. Mas mesmo que organize essas demandas, o psicólogo não é o gestor dos atendimentos. Ele é mais um da equipe! Eu não quero ocupar esse lugar de gestão do atendimento/acompanhamento! Não quero! Eu tento que isso seja diluído entre todos os profissionais da equipe. Isso tem sido possível, mas é um processo de construção. Algumas pessoas são mais resistentes, outras são menos. Muitas vezes alguns profissionais me dizem: “te custa explicar tal coisa?”. E eu respondo:

“me custa porque se eu explicar errado ou disser alguma coisa errada... não é meu saber. Às vezes é uma coisa simples, mas eu faço questão de não ocupar esse lugar” (Colaboradora 2-E).

a equipe toda é muito envolvida. É uma equipe que tem de fato um trabalho multidisciplinar, onde o psicólogo é valorizado sim. As pessoas não vêem o trabalho como se fosse uma coisa estanque. Mas falando do geral, acho que em outros lugares, os hospitais ainda não se deram conta do quanto isso pode fazer uma diferença para os pacientes. Eu não sinto nenhuma dificuldade e não encontro nenhuma resistência pra nada de nenhum dos profissionais ou categorias. Temos ambientes adequados e materiais adequados. Realmente é excelente! Mas não é infelizmente a realidade lá fora. Você vê hospitais que têm psicólogo só porque é uma das exigências para funcionar um serviço de alta complexidade, porque é lei e não por uma valorização do trabalho deste profissional.(Colaboradora 4-E)

Diante disso, questionamos: O que leva o psicólogo a não suportar o sofrimento sozinho? Será que isso ocorre porque se passa muito tempo junto com os pacientes e com a equipe? Será que esse longo período de tempo convivendo com os pacientes/familiares aumenta as chances de estarem mais expostos a situações que envolvem o sofrimento alheio? Aproximação, envolvimento e intensidade compõem o ethos dessa clínica? O convívio por longo período interfere no modo como todos os atores afetam e são afetados uns pelos outros? O que leva a equipe trabalhar coletivamente? Seria por conta da morte e da angústia? Seria pelo longo tempo de convívio entre si? Seria pela disponibilidade em compartilhar o inesperado, a incerteza? Qual o papel da angústia para a configuração da prática em OP? Sem angústia, não haveria cuidado nem autocuidado? Ao trabalhar em equipe e compartilhar experiências, o peso parece menor?

Pelas narrativas parece que a maioria das colaboradoras trabalha em equipe. Foi explicitado um interesse das colaboradoras em privilegiar o diálogo e as trocas com os colegas da equipe, ou seja, uma atitude de ouvir o outro e não ser um mero porta voz da técnica. Podemos perceber isso em várias ocasiões de nossas visitas às instituições. Em uma delas, tivemos a oportunidade de presenciar um trabalho de educação em saúde e de orientação aos pais e pacientes, que envolve vários profissionais da equipe, inclusive de técnicos que não são da área

de saúde. Em todos os trabalhos, observei que as publicações seguiam com o nome de todos eles.

Dentro dessa lógica da inter e multidisciplinaridade, as colaboradoras destacaram a necessidade de que o psicólogo trabalhe lançando mão das seguintes prerrogativas:

1) Construa uma compreensão clínica (anamnese, momento terapêutico, preparação de procedimentos)

eu fazia essas apresentações e junto do leito, fazia o atendimento psicológico. Nesse atendimento eu fazia primeiro uma anamnese com a mãe e/ou acompanhante da criança para ver como estava sendo esse momento para eles. (colaboradora 8-E)

2) Utilize recursos lúdicos (estórias, brinquedos) e alerte os profissionais da equipe de saúde para questões das crianças em tratamento, tais como o brincar.

Também é importante trazer um pouco de colorido para as enfermarias, desenhos nas paredes, trabalhar com brinquedos e livros de histórias na sala de brinquedos. Havia os momentos terapêuticos onde a gente preparava a criança para os procedimentos que ela ia passar, e havia os momentos de pura recreação, nos quais eles iam brincar, desenhar ou se projetar em suas produções (...) do ponto de vista da Psicologia, usávamos esses recursos para fazer o trabalho de apoio à criança afim de compreender esse momento da internação, essa perda de identidade e do mundo infantil, e também para alertar os profissionais de que o brincar é uma coisa importante no desenvolvimento infantil; e enfim, para o próprio enfrentamento da criança. Então a assistência em OP passou do momento da enfermaria para o momento do atendimento propriamente dito. Em suma, o percurso da criança é o seguinte: diagnóstico, internação e tratamento do câncer através de QT. (Colaboradora 8-E)

3) Medeie as relações dos envolvidos (pacientes, familiares e equipe)

O médico diz: “olha paciente novo, enfermaria tal”. Aí eu faço o atendimento desse paciente na enfermaria, apresento os pacientes novos para os demais: “Oh esse é fulaninho, oh mãe essa é a mãe de fulano e está chegando hoje; ajudem ela no que for preciso”. Então eu estimulo a relação entre eles dentro da enfermaria (Colaboradora 8-E)

Parece que Psicólogo é o intermediário mesmo dessas relações, é o profissional que as vezes diz: ‘se coloque no lugar’, ‘se ponha no lugar’, ‘veja que esse

sentimento de raiva ou explosão que ela apresenta é porque não está agüentando a carga. Não é fácil e às vezes isso é passado para a própria criança!(Colaboradora 1-E)

Acredito que o trabalho da Psicologia é extremamente importante para o tratamento do câncer infantil. Diria que é essencial. O diagnóstico de câncer, a representação social da doença, os tratamentos invasivos podem causar imensa repercussão emocional no paciente e em sua família. O psicólogo, enquanto profissional de saúde mental, trabalhará esta repercussão, as ansiedades que acompanham o tratamento para que o paciente possa ser cuidado de uma forma integral. Não existe saúde com sofrimento emocional. Também favorece a equipe de saúde um olhar mais completo sobre o paciente. (Colaboradora 7-D)

4) Realize um trabalho de educação em saúde (higiene)

O que me angustia é, muitas vezes, ver a condição de vida, a situação precaríssima! Por exemplo, uma criança que teve câncer e a família começou a descobrir o quanto é importante lavar as mãos porque ninguém lavava as mãos. A criança veio e os dentes estavam todos sujos porque ninguém nunca sabia o que era uma pasta e o que era uma escova dental(...) então eu acho que até termina sendo uma Atenção Básica à saúde, mesmo diante de um diagnóstico tão complexo quanto o câncer. (Colaboradora 1-E)

Tem outro momento dentro da enfermaria que trabalho com questões ligadas a higiene, por exemplo. A questão da higiene deixa muito a desejar, por isso precisamos contar com as mães no sentido de zelar pelo processo de internação. Esse já é um papel delas!(Colaboradora 8-E)

Mesmo com a execução dessas prerrogativas, os desafios continuam existindo e parecem se avolumar a cada instante. Os principais desafios citados pelas colaboradoras foram: o pequeno número de psicólogos na área hospitalar, a carga horária/tempo de trabalho insuficiente para atender as demandas, a sobrecarga de trabalho, a burocracia dos serviços, o risco de adoecimento da equipe, os baixos salários de psisólogos, as crescentes exigências do mercado de trabalho, a falta de articulação da categoria de psicólogos, a precariedade ou ausência de infraestrutura para o desenvolvimento da prática psicológica em hospitais, o alto nível de cobrança quanto ao desempenho, dentre outros.

Já o serviço de Psicologia não funciona um regime de plantão, porque precariamente o serviço contou de 1998 a 2007, somente com uma psicóloga. Somente no final de 2007 é que entrou outra psicóloga, a qual não tem muita experiência na área infantil, daí ela atende poucas crianças. (Colaboradora 1-E)

Existe uma exigência enorme para que sejamos pessoas muito fortes e preparadas para qualquer porrada que a vida traga. Tem inclusive, a intolerância da família pelo fato de sermos psicólogos quando dizem: como você que é psicóloga?! A expectativa em relação a nosso desempenho é muito grande!(Colaboradora –8E)

Uma das coisas que mais me inquietam na prática em OP é a questão da quantidade de trabalho e da pouca mão de obra que existe, da gente não poder fazer o trabalho como gostaria de fazer, de aparar todas as arestas que envolvem esse trabalho e o tratamento porque tudo isso que eu disse sobre o trabalho com a equipe médica e de enfermagem, o trabalho com adolescentes, crianças, mães e com todos os profissionais que lidam direta ou indiretamente com esses pacientes, é uma necessidade! Essas pessoas precisam ser cuidadas a fim de que possam fazer seu trabalho melhor e não sejam prejudicadas mais tarde. Alguns estudos já mostram que esse trabalho anos à fio acaba levando ao burnout, acaba fazendo adoecer caso não haja espaços de expressão (de colocar tudo para fora!! Os grupos Balint estão aí exatamente para que esse trabalho possa ser realizado junto às equipes não só de Oncologia, mas de UTI onde o emocional está o tempo todo à tona. Então essa é a minha maior inquietação.(Colaboradora 8-E)

Outra inquietação é a de que o psicólogo não tem lugar para trabalhar. Eu sou uma privilegiada porque tenho sala e computador, mas essa não é a realidade de todas as minhas colegas. Não é comum que o psicólogo tenha um lugar para fazer o serviço. Você foi lá no hospital e viu a sala de Psicologia, a qual foi feita para isso! Ainda tenho outra inquietação: é que esse trabalho seja respeitado e que o psicólogo tenha seu espaço no hospital! Ele é um profissional extremamente necessário dentro do hospital, mas ainda fica em segundo plano quando todas as outras coisas são prioridade! Eu não sei se só a Psicologia, mas os outros profissionais (terapeuta ocupacional e assistentes sociais) têm espaço para trabalhar com tranquilidade e até para guardar suas bolsas! Alguns psicólogos não têm sequer onde guardar a bolsa! Outra inquietação é o salário!não existe uma política salarial que valorize o trabalho do psicólogo como ele merece! Precisa ter isso também! Passei seis anos em uma faculdade, fiz especialização, fiz MBA, concorri a certificação em Psico-Oncologia e eu tenho que ganhar menos que o médico, por que?Então a política salarial é outra inquietação que precisa ser revista pelos conselhos e sindicatos. Tenho medo que a luta pelo piso salarial nos prejudique! Precisa ser uma coisa viável, nem que seja baixo nem que seja muito alto e tire o emprego da gente!(Colaboradora 8-E)

Quando fui trabalhar com OP no serviço hospitalar não tinha nada! Havia até uma visão de Psicologia, mas não tinha muitos profissionais. Existiam vários departamentos no hospital e apenas alguns psicólogos que escolhiam o departamento que queria trabalhar, mas nenhum escolheu a OP. A 'briga' da médica oncologista era para levar um psicólogo para a OP já que não tinha nenhum psicólogo na OP e não tinha como trabalhar com mães e crianças com câncer sem ter esse suporte. Os psicólogos que trabalhavam no hospital não queriam ir para a OP. Eu acho até que iriam, mas como havia várias opções dentro do hospital e o número de psicólogos era pequeno (uns cinco), eles ficaram em outros departamentos. Quando cheguei na OP não tinha ninguém, apenas uma terapeuta ocupacional (TO) que fazia um trabalho de recreação com essas crianças(...)com a chegada de outra psicóloga em uma das instituições que

trabalho, facilitou muito o trabalho porque a gente acaba dividindo tarefas. (Colaboradora 8-E)

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o cuidado e a atenção em saúde exigem o encontro intersubjetivo entre equipe e usuários; porém, com a institucionalização das práticas, com as especializações e com a adoção de novas tecnologias, os profissionais de saúde têm se afastado de sua função e em algumas situações, tendem a supervalorizar a técnica em detrimento das necessidades dos usuários. Isso reflete parte da realidade das entrevistadas:

Eu acho que a coisa burocrática atrapalha um bocado. Você tem que participar de reuniões, tem que preencher formulários, escrever no prontuário e um monte de outras coisas que acaba te tirando de mais perto do paciente. (Colaboradora 8-E)

O maior desafio em minha prática é o tempo; é o de você ter tempo para atender os pacientes porque existe uma demanda muito grande. Esse tempo é uma demanda também do paciente. Tenho a necessidade de criar grupos de atendimento, mas aqui não tem um psicólogo só para a OP; são apenas três psicólogos para dar conta de todo o hospital. Atualmente não fazemos grupos, só atendimentos individuais. Já houve grupos de mães na Pediatria e estamos tentando retomar, mesmo com a pequena quantidade de internamentos em Pediatria. (Colaboradora 7-E)

Percebemos que as narrativas apontaram para uma prática, que se sustenta, prioritariamente, na escuta clínica. Trata-se de uma co-construção da saúde para além de uma ideia curativista ou corporativa, pois acolhe e considera os paradoxos envolvidos no processo de cuidar. Há uma maior ênfase à potência da criança com câncer e ao que ela pode fazer. A morte não apareceu como algo subestimado nem superestimado.

Lidar com a nossa finitude é um exercício diário, tem que ser aprimorado a cada momento, afinal de contas a nossa capacidade de enfrentar o nosso morrer esta intimamente ligada a forma como vivemos. (colaboradora 3-D)

Lidar com a morte não é fácil para ninguém, mas para algumas profissionais talvez seja mais difícil. Por exemplo, a medicina tem no seu imaginário a cura, e quando isto não é alcançado, é visto como derrota; mas penso que isto vem mudando. (Colaboradora 5-D)

Ao longo de minha formação, de minha atuação profissional e de minha vida tenho mudado a forma como percebo e encaro a morte. Hoje entendo e aceito algo aparentemente muito óbvio: a morte faz parte da vida e é a única certeza que

temos. Acho que essa certeza, ou a consciência dessa certeza, faz com que valorizemos a vida. (Colaboradora 7-D)

Então eu sempre me coloco no lugar do profissional. Eu não estou ali para chorar junto, por mais que eu saia depois e chore. Mas naquele momento e naquela hora, eu consigo fazer isso. Eu acho que é um processo saudável, porque eu não acho e não quero achar que perder as pessoas é uma coisa mais banal e normal do mundo. Eu quero tá sentindo e me mobilizar, agora eu não posso deixar que isso atrapalhe minha vida e nem ficar com medo! Então eu vejo a morte de outra forma. Antes eu morria de medo de morrer e hoje, não! (Colaboradora 4-D)

Além disso, é uma prática, que focaliza o processo de saúde durante e após tratamento do câncer, já que trabalha com a reabilitação e a inclusão dos pacientes mesmo após a remissão do câncer.

Acredito que a reabilitação seria um trabalho psicoeducativo em relação à doença, ao período de tratamento e à volta à condição de curado (...) no serviço temos o projeto Vencer que capacita e encaminha para o mercado de trabalho, jovens que terminaram o tratamento. Inclusive foi bem emocionante a cerimônia de conclusão do curso este final de ano. Acho que deveríamos fazer muito mais. (Colaboradora 9-D)

Em OP o acompanhamento se estende após o tratamento de câncer ter sido concluído, pois há uma fase de reabilitação onde o cuidado da Psicologia se fará necessário. A criança e sua família, após concluído o tratamento, enfrentarão um período de adaptação às mudanças decorrentes deste e as perdas inerentes. Na enfermaria as crianças e seus pais criam uma relação de amizade com outros pacientes e seus familiares, com a equipe de saúde num convívio diário. Será necessário lidar com essa falta depois que o tratamento acabar. Se o tratamento deixar sequelas como amputações, uso de próteses etc. também será exigida do paciente uma adaptação a essa nova realidade. Como exemplo, acompanho uma criança que terminou tratamento de osteossarcoma e se entristece ao voltar a escola e não poder fazer as coisas que mais gostava antes do tratamento (jogar bola, andar de bicicleta e correr) por ter perdido os movimentos da perna após a cirurgia para retirada do tumor. Durante a hospitalização o paciente convive com outras crianças que passam por situação semelhante a sua e lidam com limitações impostas pelo tratamento. Após a alta, há um maior tempo para o convívio com crianças de sua família e comunidade, da escola, que não vivenciaram o tratamento e não sofreram mudanças corporais, o que pode favorecer um sentimento de “ser diferente” e o isolamento. Considero o acompanhamento psicológico nesta fase de grande importância. (Colaboradora 7-D)

Por outro lado, o psicólogo transita nos binômios: sofrimento/dor – alegria/prazer, amor-desamor, vida-morte, bem-estar-mal-estar.

*O psicólogo que atua na área de saúde vai, em sua prática, tocar sempre a **dor** do outro. Acredito que o que move o profissional de saúde é o desejo de cuidar, a disponibilidade para entrar em contato com o sujeito que sofre (...) Vejo o sofrimento em OP como um sentimento intenso que envolve paciente, família, sua rede social e a equipe de saúde. Além do sofrimento físico, as perdas vivenciadas ao longo do tratamento, os estigmas do câncer, os medos contribuem para a intensidade desse sofrimento. Porém, vejo também a possibilidade de crescimento emocional para a criança e sua família, de reconstrução de vínculos, de maior contato afetivo, de resignificação da vida. (colaboradora 7-D)*

Sofre o corpo por conta do tratamento invasivo, sofre a alma por conta das incertezas. É colocado em evidência a quebra da ordem natural, são os pais que vivenciam o medo de ter que enterrar seus filhos! (...) há satisfação por desenvolver um trabalho que acreditamos. Fazer a diferença na vida destas crianças e seus familiares é o que, na minha opinião, resguarda a nossa saúde mental e não nos deixa desistir. Mas em momento algum é maior que o sofrimento vivido por estas famílias. (Colaboradora 9-D)

Trata-se de uma escuta orientada para a produção de sentidos sobre estar-no-mundo com câncer e sobre a produção de sentidos acerca da vida e da morte. É uma espécie de escuta cuidadora/cuidadosa, que não expõe, nem impõe, mas que acolhe, ouve atentamente, dá voz ao outro, busca tirá-lo do lugar comum conferido pelos demais, incentivando o seu engajamento existencial. A escuta clínica do psicólogo diferencia-se daquela conferida pelos demais profissionais, visto que é orientada pela fala da experiência posta sob investigação. Segundo algumas colaboradoras, a clínica se faz necessária nesse contexto:

A clínica é essencial em qualquer área que você for trabalhar depois. Eu acho que você tem que ter essa escuta, independente. Para mim, foi muito importante ter feito formação em clínica. Eu acho que me ajudou em minhas outras escolhas, em minha atuação. (Colaboradora 1-GF)

Se eu fosse instituir um critério para trabalhar com Psicologia Hospitalar, primeiro tinha que fazer clínica e ter uma escuta clínica e só depois, você ia fazer Psicologia Hospitalar. (Colaboradora 5-GF)

Na prática, o psicólogo se envolve com outras questões que não só a subjetividade, mas também com aspectos sociais, que tendem a configurar o sofrimento e o pedido de ajuda, além dos aspectos que vão além da doença, tais como o processo de reinserção dos pacientes na sociedade, na escola, dentre outros. Será que isso estaria ajudando a conferir o caráter interdisciplinar do trabalho em OP? O que leva essas colaboradoras a enfatizar alguns

pressupostos não cartesianos mesmo quando tiveram uma formação tradicional? O que poderia contribuir para a sustentação de uma prática desveladora? Como é estar-com-o-outro que sofre mesmo diante do não saber o que fazer?

O *Dasein* é aberto e, por isso, se angustia. Mesmo se fechando, a angústia permanece porque o nada continua se apresentando ao homem de diferentes formas. A diferença consiste no seguinte: Quando o homem está aberto, ele responde aos apelos convocatórios da angústia, apropriando-se do seu ser-si-próprio. E, quando o homem se fecha, ele resiste aos imperativos da angústia, criando subterfúgios para escapar dessa convocatória e responsabilidade. Passa, então, a delegar a outrem o que só ele pode fazer por si que é cuidar de ser.

TEMÁTICA 4: ABERTURA PARA A TRANSCENDÊNCIA²⁰ COMO SUSTENTAÇÃO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



Com ser-o-aí, nos aproximamos do sentido do que essencialmente está em jogo na experiência de *Dasein*, a saber: *uma transcendência à abertura de ser*, sempre e a cada instante aí. (Kahlmeyer-Mertens, 2005, p.207)

Pensar na finitude é algo assustador e, por vezes, insuportável. Daí a necessidade de uma dada negação da morte, uma quase certeza, uma fé ou

²⁰ **Transcendência** é um termo advindo da Filosofia e será usado aqui para designar a crença humana de que existe algo para além da substância, da mente e do concreto que ultrapassa a nossa capacidade de conhecer. A transcendência não se limita à dimensão religiosa. É ela que nos possibilita a buscar novas maneiras de viver e de sobreviver, de se relacionar com os outros, de criar e recriar a cultura. É a dimensão da transcendência que vitaliza e nutre o homem a se "erguer das cinzas" e acreditar que é possível o novo. (Fávero, 2011)

esperança de que não nos atingirá, pois só assim podemos sobreviver (Zaidhaft, 1990). Por isso, faz-se necessário ter uma abertura à transcendência, ou seja, admitir que existe algo para além daquilo que vemos, ouvimos e sentimos, que nos leva a uma dimensão de encontro com o sagrado, com Deus, com algo que não sabemos explicar. Isso pode incluir uma crença (religiosa ou não) para explicar o Ser, as coisas e a sua existência no mundo. Em nossa pesquisa, tal abertura apareceu nas narrativas das colaboradoras e não se limitou apenas a um credo religioso, mas envolveu o contato com a dimensão espiritual e com outras experiências para além da dimensão científica/técnica. Exemplo disso pode ser visto nas narrativas abaixo:

Essa área de Oncologia nos remete muito ao sagrado, ao outro lado além da vida. Para mim, às vezes se torna muito estranho. (Colaboradora 6-D)

Eu acho que essa espiritualidade foi uma coisa acentuada pela minha prática. É uma coisa que hoje eu tenho muito mais que antes. Eu acho que ela é que permeia e eu respeito a diversidade de religiões, mas como eu vejo que isso é importante e o quanto isso sustenta os pacientes! E como sujeito numa dimensão muito maior a gente precisa disso e eu acho que antes da OP eu não tinha isso. Tinha apenas a religiosidade. A partir da minha vivência com a Oncologia eu comecei realmente a partir para a questão da espiritualidade. Eu vejo pessoas mais presas e outras mais abertas e como faz diferença naquela família quando eles têm uma espiritualidade e quando acreditam que algo vai acontecer! (Colaboradora 4-D)

Em minha prática profissional, a espiritualidade tem um significado relevante no cuidado ao paciente e sua família. Acredito que a espiritualidade constitui um significativo recurso de enfrentamento no decorrer do tratamento de câncer. Saber sobre a espiritualidade do paciente e sua família favorece uma maior compreensão sobre como esses sujeitos lidam com temas importantes como o adoecimento e morte. (colaboradora 7-D)

Em minha prática cotidiana, é significativo atender e vê o paciente sorrir para você e lhe dar um abraço. Às vezes não precisa fazer nada. Por coincidência hoje eu cheguei aqui e tinha um bilhetinho com um presentinho de uma paciente minha. Ela teve um tumor no sistema nervoso central, teve sequelas e ficou cega. Como essa semana é meu aniversário ela deixou um bilhete que diz assim (leitura): “que Deus abençoe essa pessoa que você é, conselheira e amiga mesmo na minha tristeza. A senhora tem me ajudado muito, a senhora é especial na minha vida.” Então para mim não tem nada que valha mais que isso! É uma mensagem simples de uma criança e se ela me vê como amiga e como uma pessoa especial na vida dela, eu acredito que estou fazendo a diferença!(Colaboradora 3-E)

A espiritualidade faz parte da nossa vida, do nosso dia a dia, portanto é desenvolvida em todas as nossas ações, é uma coisa interior que nos ajuda a crescer como pessoa e pontua todas as nossas ações. A nossa prática esta intimamente ligada a nossa espiritualidade. (Colaboradora 3-D)

Em OP, a fé e a espiritualidade são respeitadas e consideradas ao longo do tratamento das neoplasias infantis.

(...) lidamos com a criança e com a família em um limiar de sofrimento, de desespero, de perspectiva e de muita fé no tratamento. Cada paciente de câncer, graças a Deus, tem chance de 80% de cura. Mas é um processo difícil! Tudo é um limiar! Acho a Oncologia uma área muito estressante por conta desse limiar. (Colaboradora 3-E)

Acho sim que a espiritualidade tem uma participação muito importante quando a gente trabalha com esse tipo de paciente e quando se trabalha com a morte (...) a questão espiritual me ajuda a se aproximar de coisas que eu não consigo alcançar: Porque tem criança com câncer? Por que tem crianças com tumor cerebral? Por que numa idade ou de repente tem um paciente fora de possibilidade de cura? Por que um jovem de 18 anos vai amputar a perna? Eu não consigo encontrar respostas par isso em outro lugar a não ser na minhas crenças e na vivência da espiritualidade! É muito difícil! (...) as minhas perguntas são respondidas quando eu falo do espiritismo, mas tem pessoas que encontram respostas no catolicismo e na igreja evangélica. E aí por isso tem que deixar essas coisas no ar. Falo do espiritismo porque é a forma que eu percebo como as coisas acontecem, mas eu não vou impor isso absolutamente a ninguém!a minha leitura em relação aos pacientes tem disso muito forte!Essa participação e essa presença de Deus, essa energia...e falo disso não necessariamente colocando um nome.Mas a espiritualidade é quem dá um impulso de vida muito maior, é uma ponte para buscar forças. (...) muitas vezes o que o paciente traz é o que dá pano pra manga pra você trabalhar! Você dá os recursos para que dentro do que o outro traz, possa se promover mudanças e trabalhar. A questão da espiritualidade, do Ponto de vista religioso ou filosófico, é muito importante. Se você tiver oportunidade de trabalhar isso sem levar para o lado religioso, é válido! E essa questão está por traz de tudo q acontece porque tudo q acontece tem uma razão. As vezes a doença vem para equilibrar, porque se você não adoce, então morre! (...) Eu deixo a espiritualidade no ar! Na hora que aparece você pode trabalhar, mas é comum os pacientes falarem disso (Colaboradora 8-D)

É como se essa espiritualidade só estivesse presente em Oncologia, e não é. Lógico que ela está em todo lugar, mas parece que no paciente oncológico isso é uma coisa muito mais presente; é tanto que quando se fala em tratar, e se pensa em espiritualidade dentro de medicina, se pensa em Oncologia. E se pensa em Oncologia porque? Porque a Oncologia está relacionada com a morte! (Colaboradora 5-GF)

A espiritualidade em minha prática ainda ocupa um lugar bem pessoal e pouco compartilhado com os colegas, mas que ajuda em minha tarefa de acompanhar famílias e pacientes em sofrimento (Colaboradora 9-D)

Eu acho que a espiritualidade não é o foco principal do trabalho, mas é um tema muito presente na OP porque trabalhamos com uma doença que remete à morte (para a maioria das pessoas). Sem falar que a espiritualidade é inerente a vida do homem; e essa mesma espiritualidade transcende o caráter religioso, ou seja, está muito ligado com a visão de mundo de cada um, é muito particular. E cabe a nós psicólogos uma escuta mais delicada, apurada, para uma melhor acolhida, um melhor cuidar. (Colaboradora 6-D)

A dimensão espiritual é considerada relevante no campo da saúde por facilitar o processo de atribuição de significado ao sofrimento oriundo de enfermidades crônicas. Além disso, é um recurso que traz esperança diante das mudanças ocorridas com os pacientes. E como o câncer é uma doença que, geralmente, ameaça o sentido de integridade dos pacientes, a dimensão espiritual costuma aparecer com muita frequência. (Pinto e Ribeiro, 2010)

Sendo assim, compreendemos que a abertura das psicólogas para o poder-ser do outro e o poder-ser de si mesmas, isto é, o acolhimento às crenças e à fé (de si mesmas e dos atores envolvidos) tende a facilitar o trânsito entre as dimensões ôntica e ontológica do existir humano, uma vez que algo sempre escapa da dimensão concreta e explicativa. Segundo Ayres (2004), é preciso haver o trânsito/permeabilidade do técnico ao não técnico. A narrativa abaixo aponta para tal trânsito:

A dor e a fragilidade são tão grande que não há espaço para racionalizar. E nesse momento temos que ter muito cuidado para não estar fazendo pontuações erradas e desnecessárias. Eu fico danada quando ouço outros pais falarem: "é assim mesmo se conforme, foi Deus que quis!" - Como se conformar com uma situação dessas? Então esse momento é para você parar e escutar, seja para ele xingar esse Deus, seja para o que for, mas é o momento do sentimento dele. Eu não estou ali para julgar. Estou ali para escutar e dar suporte emocional. E eu acho que isso faz toda uma diferença! (Colaboradora 4-E)

O diálogo entre essas dimensões possibilita autenticidade e efetividade no encontro terapêutico, já que se transcende a racionalidade. É preciso que a experiência, que se transformou em tecnologia (nesse caso, na prática), não se cristalice como tal. Um dos relatos atesta a dificuldade de se realizar tal trânsito:

Tenho que ter cuidado para que minhas crenças não interfiram em meu trabalho, mas esse lugar e esse momento é uma coisa difícil! A gente está em uma sociedade ocidental e a morte ainda é vista como uma coisa pesada (Colaboradora 5-E)

A esse respeito, Mehry (2000) citado por Ayres (2000) esclarece-nos:

as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à

reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico. (Ayres 2004, p. 26)

Diante disso, compreendemos que a ‘técnica’ em OP não se mostrou como algo impermeável. Ao contrário, até pelo próprio contexto que não favorece o controle, as colaboradoras tendem a assumir um posicionamento flexível e aberto para as demandas que lhes aparecem, permitindo que as crianças e seus acompanhantes reclamem, chorem, expressem sua angústia, falem de morte e revelem o que costuma ficar no âmbito da ocultação e que, às vezes, não é acolhido pelos demais profissionais. Em outras palavras, as colaboradoras não parecem preocupadas exclusivamente “se tudo vai ficar bem”, mas sim com a forma como as crianças e seus familiares interpretam o que está acontecendo com eles ao longo do tratamento. Nesse sentido, teríamos uma prática, que se configura como des-veladora de sentidos. Nela, a verdade não é assumida apenas em termos do que se apresenta (*veritas*), mas principalmente, em termos do que se mostra (*alétheia*).

Com base no modo como fomos recebidos pelas colaboradoras e na disponibilidade demonstrada para co-elaborar esta pesquisa, além de algumas barreiras transpostas (tais como encontrar horário, receber a pesquisadora várias vezes, desmarcar e remarcar aulas e atendimentos, comparecer a todas as etapas da pesquisa, responder aos emails com devolutivas das narrativas, dentre outras), podemos vislumbrar que se trata de uma prática implicada e comprometida com o cuidado do poder-ser não só da criança em sofrimento oncológico, mas também daqueles que a acompanham ao longo do tratamento.

A disponibilidade para escutar se traduziu em gestos de enxergar o outro com os olhos do sentimento, da dedicação, do cuidado e da comunhão com o diferente. O envolvimento afetivo torna-se, assim, o laço que faz as colaboradoras estarem mais próximas do outro. E isso parece cativá-las e afastá-las do individualismo e do racionalismo cartesiano, que tenta fazê-las colocar a razão/técnica acima de tudo. Na verdade, é se envolvendo/implicando que elas parecem agir e intervir.

Quando estou trabalhando eu me envolvo, tanto que quando eu tenho que ligar para casa eu coloco o alerta no celular para me lembrar, porque senão esqueço. Eu acho que me dou durante o trabalho, naquele momento importante, o tempo que eu estou ali é para aquelas atividades e pessoas.(colaboradora 4-E)

Vale ressaltar que essa temática não é o foco de nossa pesquisa, mas que se apresentou como uma das características da prática psicológica em OP. E, independentemente das crenças, da opção religiosa e da vivência com a dimensão transcendente, compreendemos que o cuidado consiste, primordialmente, em escutar e acolher o projeto existencial dos atores envolvidos na OP. Ayres (2004), baseado em Heidegger, esclarece melhor a esse respeito:

O ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela ideia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial. (p 22)

Nesse sentido, recordamos Gutierrez (2007) ao afirmar que o respeito à espiritualidade e às crenças religiosas dos pacientes e de seus familiares é um imperativo na área de saúde, já que essas crenças têm significados relevantes no processo de recuperação da saúde, sobretudo para aqueles que estão mais próximos da não cura e/ou da morte. Além disso, a literatura científica, no campo interdisciplinar sanitário, nos diz que, quando apoiados pela fé, o impacto da morte parece amortecido dentro de nós. É como se a fé e a vivência da espiritualidade funcionassem como 'amortecedores da angústia'.

Segundo Bruscajin, Sávio, Fontes e Gomes (2008) aqueles que se abrem para a transcendência e praticam uma religião

tem suas vidas atravessadas pelas suas crenças, que definem quem são, como vivem, como e com quem se relacionam, como encaram a vida, os problemas, as soluções, qual o sentido da dor e do sofrimento. A crença também participa diretamente nas escolhas pessoais, bem como organiza suas vidas, trazendo coerência e sentido ao seu mundo. (p.8)

Já Silva, Carvalho, Santos e Menezes (2007) assinalam que, quanto mais valores espirituais uma pessoa possui, menos ela evidencia o medo da morte. Mas, quando se trata da morte de entes queridos,

isso provoca rupturas profundas, requerendo ajustamentos no modo de se perceber o mundo e de se fazer planos para continuar vivendo nele. Contudo, as reações ao processo de perda, sejam a nível físico, emocional, social ou espiritual, processam-se de maneira diferenciada entre as pessoas e dependem de várias situações que circundam a morte, tais como: tipo de relacionamento que existia, a idade, a doença prolongada ou não, a força e a fé. (p. 98)

Diante do exposto, compreendemos que é notório o papel do cultivo de crenças e abertura para a transcendência funcionem como fatores de proteção para aqueles que se encontram doentes. Isso aponta para uma realidade onde os profissionais de saúde, inclusive o psicólogo, são confrontados com pedidos de ajuda em áreas anteriormente restritas ao domínio dos religiosos (Bruscagin et al, 2008). Contudo, o aprofundamento desse tema extrapola os limites do presente estudo.

Ressaltamos que, mesmo essa temática tendo sido pouco explorada pelas colaboradoras, houve uma situação interessante, que nos chamou a atenção. Uma colaboradora falou que não tinha nenhuma vivência de fé, crença ou espiritualidade antes de ingressar em OP, e outra, revelou que sua entrada em OP ocorreu exatamente a partir de seu contato com sua concepção espírita, ou seja, com sua forma de se abrir para a própria transcendência.

Eu sou espírita e essa opção religiosa também foi um estímulo para dar continuidade a isso. Acho que o espiritismo responde a algumas questões e me respondia a questão e o motivo pelo qual eu estava aqui, o para quê eu estava aqui a trabalhar com esse paciente. Cada vez que trabalho com câncer eu me apaixono mais! O que mais me apaixona nesse trabalho é a possibilidade de ajudar o outro e aliviar o sofrimento das pessoas. Será que não é a maneira que eu encontrei para dar sentido às minhas questões? não tenho muita certeza dessa resposta. Na Oncologia Pediátrica, encontrei uma forma de pensar a questão da morte. No começo, a morte era o grande medo e empecilho, depois eu descobri que tinha que trabalhar e enfrentar isso. Como eu acredito que existe vida após a morte, então juntou tudo com a questão da Oncologia! (Colaboradora 8-E)

Estudos como os de Moreira-Almeida (2007); Guerrero et al (2011); Guimaraes & Avezum (2007); Fornazari e Ferreira (2010); Dezorzi e Crossetti (2008); Alves, Alves, Barboza e Souto (2010); e Koenig (2007) apontaram para a espiritualidade e fé como coadjuvantes na recuperação de pessoas doentes e no enfrentamento religioso como uma estratégia de redução do estresse e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Esses elementos são capazes de auxiliar na prevenção e na cura de doenças, no fortalecimento do sistema imunológico, na atenuação de sintomas e de desconfortos somáticos, dentre outros benefícios. Na área da Psicologia, recordamos os estudos de Bromberg (1997) sobre pacientes em situação de perda e enlutamento recorrerem à religião como forma de se abrir à transcendência:

a religião sempre contribuiu com explicações para a busca de sentido que marca a existência humana diante do fenômeno da morte. Ela tem reforçado a ideia que a vida não é inútil e não acaba. Assim sendo, a religiões têm ajudado tanto a sociedade como o indivíduo, por fornecerem um enquadramento de realidade para a morte, de forma a assimilar e tornar válidas as expressões de emoção inerente ao luto, isto é, um conjunto de reações a uma perda significativa (...) muitas pessoas que encontram apoio em crenças religiosas retratam a morte como uma passagem, e não o término da vida. (p. 261)

A força de superação presente na fé e na vivência dela pode oferecer suporte para aqueles, que estão vivenciando um processo de adoecimento crônico como câncer, e também para aqueles, que acompanham doentes e atestam o quanto a fé pode promover mudanças. Ainda nesse sentido, Tonetto e Rech (2001) afirmam que

é fundamental acolher a pessoa doente, ser continente, dar apoio, trabalhar questões espirituais, ajudar nas despedidas da vida e das pessoas que ama, buscar o apoio da família, auxiliar no seu desligamento da vida material e na aceitação da morte. O respeito aos desejos e opções e a postura de aceitação do inevitável por parte do profissional são atitudes fundamentais para que a pessoa possa morrer com dignidade (p. 509)

Combinato e Queiroz (2006) afirmaram que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com os pacientes enquanto seres humanos dotados

de valores e emoções. Será que isso pode ser estendido aos psicólogos em OP? Pela narrativa de uma colaboradora, a resposta seria não.

O que me encantou na OP foi o trabalho com a qualidade da morte. A maioria das pessoas se afasta da morte, até mesma a família, os amigos e os profissionais. É encantadora a possibilidade de se está próximo até o último momento do outro, de estar ali acompanhando e de alguma forma, cuidando do paciente. E mesmo fora de possibilidades terapêuticas, a escuta é sempre possível! É possível trabalhar as angústias e os sentimentos das famílias! Não estarei tirando a dor do outro e a dor dos pais. A dor vai continuar existindo, mas vou estar facilitando para que essas dores sejam faladas e com o tempo, sejam aliviadas. (colaboradora 7-E)

Kovács (2003) afirma que a medicalização da morte possibilita o seu velamento e, com isso, encobre-se o sofrimento e nega-se a morte como condição inerente ao humano. Seguindo o pensamento de Barbosa, Francisco e Efken (2007), questionamos: Será que isso não inquieta os psicólogos da OP e os faz buscar subsídios para ‘melhorar o cuidado com os pacientes’?

Quando eu recebo um paciente eu não penso em morte, penso em vida. Tento trabalhar isso com o paciente, considero que a doença é uma passagem ruim da vida dele e que com o tempo ele vai se livrar. Quando isso infelizmente não é possível, trabalhamos então em cima da qualidade de vida. (Colaboradora 4-E)

Já Susaki, Silva e Possari (2006) comentam que os enfermeiros se encontram numa situação de fragilidade para atuar junto ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. E as psicólogas em questão, como se apresentaram em OP? Nossas colaboradoras não se referiram à fragilidade em si, mas aos riscos de se “naturalizar o sofrimento alheio” e de se tornarem indiferentes a ele, já que convivem diariamente com o mesmo. Tal risco comprometeria não só a qualidade do cuidado prestado, como também poderia inviabilizá-lo.

Eu me sinto muito bem trabalhando em OP. Acho que é uma troca e sempre acho que estou ganhando muito mais! (...) Então isso eu acho riquíssimo, eu acho maravilhoso. E eu quero que continue sendo sempre assim, porque eu não quero achar normal ver a dor de uma pessoa. (Colaboradora 4-E)

Mas o que eu não posso é deixar de ‘sofrer’ porque senão estou deixando de me implicar. Não deixar de sofrer faz parte do cuidado! Acho que não tem como acolher sem se envolver, senão não é acolhimento. Não tem como não se envolver, não tem como não sofrer! Tem horas que dá vontade de chorar, faz parte! Para tratar tem que ser tão humano quanto aquele que está ali! Não posso

deixar de ser humano para cuidar! Mas se me afeta demais, pode prejudicar meu cuidado, e aí também tenho que rever. Não posso me desmanchar nem posso ser indiferente! (Colaboradora 9- E)

Muitas vezes, eu acredito que negar a dor e se distanciar dessa dor acontece porque é angustiante! É angustiante ver uma criança com a mãe chorando! E mesmo como psicóloga eu corro o risco de me distanciar disso também. (Colaboradora 7-E)

De um modo geral, a abertura à transcendência pode ser vista tanto das psicólogas para com os atores da OP quanto delas para com elas mesmas, ou seja, demonstram abertura para com a existência de algo (fé, religiões, crenças, rituais, intuições), que vai além do concreto e do objetivismo racionalista, o que pode redimensionar a compreensão do vivido em OP, sobretudo ante à iminência de morte.

TEMÁTICA 5: FORMAÇÃO EM CENA: PSICÓLOGOS À DERIVA?



Nesse contexto (hospitalar) não é raro observar a demanda para que psicólogos e psiquiatras funcionem, em certos momentos, como verdadeiros “bombeiros”, especialmente quando o paciente chora, reclama, fica triste. (Barbosa et al... 2007, p.55)

Com base no paradigma positivista, a formação e atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico (Klafke, 1991; Kovács, 1991, 2002 *apud* Combinato e Queiroz, 2006). Em OP, vimos que algumas colaboradoras questionam essa lógica:

Não entendo um cuidado sem entrega. A empatia com o sofrimento do outro, a disponibilidade interna, as próprias vivências, a dedicação e, claro, a formação profissional nos permite trabalhar a dor do outro. (Colaboradora 7-D)

Rego e Palacios (2006) nos dizem que o processo de formação do profissional de saúde deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida. É um processo que deve considerar a compreensão da morte como parte integrante da vida e não como algo a ser combatido. Introduzir a morte e o processo de morrer como temática para a formação dos profissionais de saúde parece controverso, já que a lógica do processo de trabalho em saúde seria justamente combatê-la. Corroborando com essa ideia, destacamos:

Muitos cursos da área da saúde enfatizam aspectos técnicos, procedimentos diagnósticos sofisticados, tratamentos que envolvem alta tecnologia, uma ênfase muito grande na cura e prolongamento da vida. Os cuidados a pacientes gravemente enfermas e às dimensões psicológicas, sociais e espirituais são muitas vezes considerados secundários. (Kovács et al 2008, p. 29).

Assim, a formação do psicólogo deve ir além do tecnicismo baseada no modelo biomédico de cuidado e cura, pois esse se afasta do pensar, do sentir e do agir, levando os profissionais a cuidarem de doenças e não de pessoas (Boemer e Correa, 2003).

Quando eu digo psicólogo hospitalar é aquele psicólogo que vê que não vê o paciente como doente mental. (Colaboradora 1-E)

Para tanto, é necessário articular a prática com as teorias a partir de um posicionamento ético. A ética apareceu como pilar de sustentação da prática psicológica em OP. Postura que não se baseia na ideia de controle da vida, mas na libertação da vida.

Os limites vão sendo construídos junto com a relação; estamos baseados na ética e no respeito ao outro. O que é permitido em uma relação pode não ser em outra. (Colaboradora 7-D)

Para articular os conhecimentos teóricos com a prática desenvolvida, as colaboradoras destacaram que buscam realizar tal intento mediante a organização da assistência oncológica, da inserção de materiais lúdicos, de estudos/reflexões constantes sobre a Psico-Oncologia. As colaboradoras destacaram a impossibilidade de separar a cultura humanística da cultura científica em OP, uma vez que todo conhecimento é tradução, re-construção do vivido junto com as crianças, familiares e equipe.

Ainda tenho muito a fazer e isso é uma questão minha; é estudar mais, levar materiais e brinquedos para trabalhar as cirurgias e as amputações das crianças. Acho que está faltando isso! (...) tem que estudar e às vezes não dá tempo por conta desse corre-corre. Tem que ter mais tempo! (Colaboradora 9-E)

Tenho que buscar estudar diariamente e estar sempre me interessando, pesquisando e lendo artigos científicos que surgem a todo momento (Colaboradora 6-E)

É estar sempre melhorando, estudando e encontrando tempo para ler e pensar na Psico-Oncologia (...) estou sempre usando a teoria e articulando com minha prática. Não fico só na conversa. É um espaço com o paciente e também uma espécie de tratamento (Colaboradora 7-E)

Eu sempre tenho atualizado textos. Agora se você me perguntar da academia...a teoria da faculdade que é ensinada é bastante distante, porque as faculdades continuam considerando Psicologia Hospitalar como eletiva e essa disciplina é uma coisa que nem sempre é dada por profissionais que estão na área, aí corre-se risco ainda pior. Não dá para essa disciplina ser eletiva num país como o nosso! A saúde é cada vez mais necessária. A sociedade precisa ter esse apoio! O psicólogo hospitalar também tem obrigação de atuar em um posto de saúde e em serviços de pronto atendimento porque agora aqui virou moda! (Colaboradora 1-E)

Eu aprendi e aprendo muito no dia a dia, lições que você recebe com experiências de vida dessas pessoas, desde as mais simples até aquelas diferenciadas(...)estamos o tempo todo lidando com teoria e prática. Eu participava de grupo de estudo quando estudante, e só a teoria não tinha o sentido que tem com a associação dela (teoria) com a prática. Estar estudando sempre é muito importante. (Colaboradora 4-E)

Pensei no que iria fazer e percebi que primeira coisa que eu precisava era estudar; daí vi alguns trabalhos e comecei a ter algumas ideias. Comecei a montar um trabalho de assistência psicológica dentro do serviço de OP e até hoje atuo dentro desse modelo. A primeira coisa que eu pensava era: "com a chegada dos pacientes ao hospital, o que eu vou fazer?(Colaboradora 8-E)

Isso nos remeteu a alguns princípios, que devem estar presentes na formação dos profissionais da saúde defendidos por Almeida (2004):

A necessidade de articulação entre cultura científica e cultura humanística; o diálogo entre arte, ciência e espiritualidade; o intercâmbio entre áreas do conhecimento e disciplinas; a consciência da parcialidade das explicações científicas; a necessidade de uma reorganização dos saberes; a aposta na educação como uma atividade primordial da cultura e da mudança e como um elemento facilitador da reforma do pensamento; a necessidade de repensar a ética da ciência; e, por fim, a necessidade de repensar o papel do profissional de saúde como um cuidador da dor do outro, e também como um intelectual e cidadão do seu tempo. (Almeida, 2004, p. 345)

A evolução da literatura na área de Psico-Oncologia, tem facilitado o processo de formação contínua do psicólogo que queira ingressar e a trabalhar em OP:

O estudante que está chegando agora na área já encontra literatura direcionada, coisa que a gente não encontrou quinze anos atrás. (Colaboradora 4-GF)

A Psico-Oncologia trouxe muitas implicações para a Psicologia. Antes no começo falava em Psicologia da saúde e em Psicologia Hospitalar. E hoje, é como se faz uma pesquisa, você vai se aprofundando e vendo a especificidade de uma prática. (colaboradora 4-D)

Por outro lado, houve um destaque sobre a dificuldade de, enquanto psicólogas, se encaixarem em uma dada abordagem teórica da Psicologia:

Não faço relação entre a minha graduação e o trabalho que desenvolvo hoje. Na verdade eu não vi Psicologia Hospitalar e hoje os alunos já vêem. Eu só vi depois da faculdade e fui estudando. No mestrado é que comecei a trabalhar essa questão do luto. Tem vários autores e teóricos que estudei para trabalhar esse tema. Estudei Psicologia Hospitalar, a questão da gravidez e da maternidade, além da Psicologia Hospitalar e a Psicologia do desenvolvimento até mesmo para avaliar a compreensão que a criança tem da doença. Eu não adoto uma abordagem pura! Não é uma linha psicanalítica, comportamental ou Fenomenológica. Quando me formei não fui para a clínica e não escolhi abordagem. Vou começar a fazer especialização em terapia comportamental cognitiva porque acho interessante trabalhar o comportamento através da cognição. Hoje em minha prática atuo na questão da crise e de modo focal. É uma escuta um pouco misturada. (Colaboradora 9-E)

Para além da abordagem teórica, algumas narrativas desvelaram que a formação em Psicologia ensina a 'suposta neutralidade', mas a prática em OP desfaz tal crença. A ética permanece como posicionamento central.

Aprendemos na faculdade que não é para receber presentes de pacientes e que a neutralidade é importante em alguns momentos. Eu recebia presentes dos pacientes e dava alguns presentes a alguns deles. Acho que vou adaptando a teoria à prática com base naquilo que acredito que é bom para o paciente. Se o que é bom para a paciente é tomar um banho dentro de uma piscina de macarrão (como no filme de Patch Adams), é aquilo que ela está precisando e vai fazê-la feliz naquele momento, então não tem que ficar com muito prurido! Lembro quando saí da faculdade, entrei em OP e a teoria era toda arrumadinha, mas a prática vai ensinando a tomar outros caminho e a criar outras saídas para algumas situações. Fui me aperfeiçoando! (Colaboradora 8-E)

A OP é uma área muito gratificante e se o psicólogo tem o desejo de trabalhar com isso não deve desistir! Tem que buscar, conhecer, ir lá e ver as pessoas que lá estão! É um local de trabalho onde a pessoa só cresce, tem muita gratificação!(Colaboradora 5-E)

O que acontece na OP é que você se desnuda um pouco e, as vezes, vai além da questão profissional. Até porque você se permite algumas coisas que no consultório você não se permite. Mas no consultório você não tem tantas interferências e variáveis como se tem na OP! (Colaboradora 8-D)

Isso nos remeteu às críticas de Andrade (2007) ao modelo positivista, ainda hegemônico, na formação do psicólogo. A autora afirma que é difícil

se despojar de um saber constituído que, aparentemente, traz uma sensação de poder/controlar sobre si e sobre o outro. Este parece ser o grande desafio para a Psicologia: que se consiga transmutar os valores acadêmicos disciplinares, externos e morais, na afirmação ética das potências singulares geradoras de composição de forças, base para que a produção coletiva ganhe corpo. (p.4)

Com isso, as narrativas revelaram a necessidade de reconstruir os referenciais após a confrontação com a prática:

Quando saí da faculdade, minha linha era uma e hoje, é outra. Estou vendo que minha prática não é a mesma daquela que tive na clínica da faculdade (...) Eu não mudei completamente minha linha, mas com o passar do tempo eu pretendo mudar porque acho que minha linha (abordagem psicanalítica) rotula muito a pessoa. Eu acho que a ACP e a Gestalt, ou seja, a parte humanista é mais próxima do trabalho do psicólogo no hospital, pois permite acolher mais a pessoa doente. Somente quando entrei aqui é que minha visão começou a mudar em relação a isso. (Colaboradora 6-E)

Além disso, há dificuldades oriundas da formação em Psicologia que com o tempo, vêm se atenuando:

As dificuldades que encontro na prática ao longo desses anos se relacionam com a formação. Tem que estar sempre buscando porque o primeiro e maior desafio é desmitificar a Psicologia Hospitalar e a Oncologia(...)quando eu terminei a faculdade tinha Psicologia Hospitalar como disciplina eletiva. Hoje em dia essa disciplina já existe em algumas faculdades como eletiva e faz parte de algumas grades curriculares, mas quando eu estudava, ela só entrou no último ano como eletiva. Naquela época era mais difícil de se buscar essa prática porque eram poucos profissionais na região nordeste; isso só estava começando! E por isso dependia do seu desejo de correr atrás, mas hoje tem mais oportunidades, até mesmo pelas publicações nacionais e internacionais mais acessíveis. Essas coisas facilitaram a formação do profissional (Colaboradora 5E)

Percebo que estou mais madura pessoal e profissionalmente. Ao mesmo tempo, sinto como se tivesse feito “as pazes” com minha criança interior. Consigo hoje lidar melhor com o lúdico, exercitar minha criatividade, admitir que não eu tenho todas as respostas e que ainda há muito o que aprender. O que me mantém em OP é o desejo de cuidar, de conhecer a história de vida daquela família, de entender as suas necessidades, de contribuir para que a equipe ofereça um cuidado com qualidade, respeitando a singularidade de cada criança e de sua família. Meu interesse por cada história de vida é verdadeiro. Tenho curiosidade de saber mais sobre aquela pessoa, desejo estar ao seu lado e acompanhá-la durante seu tratamento. (Colaboradora 7-D)

Ademais, destacaram a necessidade de fazer supervisão, psicoterapia e estudar sobre a morte:

(...) na faculdade você vê só a teoria, então eu não tive a prática. Nunca imaginei de trabalhar em nenhum hospital. Eu acho interessante, mas aí surgiu essa oportunidade e eu vim. Mas para mim foi muito difícil porque eu não tinha supervisão e orientação de ninguém, tive de procurar, ler, estudar, pedir alguma orientação aos colegas, que me ajudaram. Hoje mudou muita coisa porque eu busquei. (colaboradora 6-E)

Sempre digo para minhas estagiárias que devemos estudar e confrontar a prática com a teoria. A supervisão é importantíssima nesse momento. Tem que ter o trabalho pessoal para ser um bom psicólogo não só no hospital ou em Oncologia. (Colaboradora 7-E)

Eu faço terapia e tenho supervisões. Acho que é importante está sempre dividindo e repartindo o conhecimento. A supervisão me leva a refletir com a ajuda de outro profissional e outro olhar. Às vezes você não está se apercebendo daquele momento e as vezes existem pontos cegos; ou a coisa não está fluindo e você não está sentindo ajudando o outro, ou de repente você está sendo negligente. A supervisão junto com o meu trabalho pessoal é primordial, não se deve abrir mão

principalmente quando você está na prática com estudantes e residentes. A gente precisa também estar nesse outro lugar de supervisionandos. (Colaboradora 5-E)

Fiz supervisão durante meus primeiros cinco anos de atuação profissional (tenho oito anos de atuação como psicóloga), participo de cursos, reuniões da equipe, leio e desenvolvo pesquisa sobre assuntos relacionados a Psico-Oncologia . Procuo sair e me divertir com a família e amigos. (Colaboradora 7-D)

Pinhi e Barbosa (2008) discutem que o avanço tecnológico impôs aos profissionais de saúde experienciarem o desafio de manter a vida a qualquer custo sob o comando da capacitação para habilidades, técnicas, rapidez, destreza e agilidade. É comum que, ainda na graduação, os profissionais de saúde realizem uma abordagem superficial da temática morte e concluam atividades práticas sem uma discussão ou aprofundamento sobre o tema.

Nesse sentido, Braz e Fernandes (2001) alertam para a necessidade de se realizar uma formação, que priorize conteúdos sobre a morte, aprofundando o debate durante toda a graduação e preparando os profissionais para o enfrentamento gradual da morte.(p. 245). Uma das falas das colaboradoras explicita essa colocação dos autores.

Tem o trabalho pessoal que eu procurei e tem a questão de estudar mais a morte em si porque a gente trabalha muito com isso aqui (...) Daria a maior força para um profissional que quisesse trabalhar em OP, mas diria para se informar e procurar saber se é isso mesmo que quer. Primeiro é preciso fazer o trabalho pessoal; isso é muito importante em todas as áreas da Psicologia, mas nessa área é muito mais porque tem morte. (Colaboradora 6-E)

Isso corrobora com a ideia de Kovács (2002, 2003a) ao afirmar que os profissionais de saúde têm uma formação voltada para os procedimentos técnicos em detrimento de uma postura mais 'humana', levando a uma não sensibilização em relação à morte. A prática do psicólogo na OP envolve, inevitavelmente, o contato com o tema morte, lançando esse profissional a confrontar-se com a própria condição de ser finito. Isso pode ser potencializador ou paralisador. Para compreender a situação daquele que vivencia o processo de morte, o psicólogo precisa confrontar-se com seus próprios limites e possibilidades.

Nesse ínterim, as colaboradoras destacaram a Psicologia como profissão solitária, havendo poucas alternativas para se falar sobre o trabalho desenvolvido.

Um problema do trabalho do psicólogo na OP e no trabalho do psicólogo como um todo, é que a Psicologia é uma profissão extremamente solitária! As questões éticas te amarram muito e você que trabalha no câncer não vai comentar porque ninguém quer ouvir: 'ah hoje eu atendi um paciente com tumor assim e tal'. Ninguém quer ouvir isso e dizem: 'ah vamos mudar de assunto? que tal a gente falar de outra coisa? seu trabalho é muito pesado, não quero saber de seu trabalho não!'. Por isso a gente acaba se sentindo angustiada porque se fala tão pouco! É uma profissão também extremamente solitária porque às vezes até para falar de uma coisa legal que fazemos, vai entrar na intimidade do paciente e acabo não me permitindo falar muitas coisas. Eu tenho uma postura muito flexível; fui aprendendo que a maturidade traz aprendizado. (Colaboradora 8-E)

A esse respeito, recordamos Barbosa et al(2007):

É comum, em processos de adoecimento e de hospitalização, a proximidade com a precariedade de nossa condição humana e com a instabilidade do mundo. Estes são momentos “privilegiados” em que nos deparamos com o contingente, com a finitude e com a privação de liberdade impulsionando-nos a refletir sobre o real sentido da vida. Observa-se que muitas dessas reflexões modificam conceitos, metas, objetivos e posturas pessoais em torno da própria existência, que necessitam ser faladas e ouvidas e, talvez, esta seja uma das principais funções do psicólogo no contexto hospitalar: cuidar, colocar-se à escuta do que não quer se calar e ouvir a denúncia despertada pelo sofrimento que está para além do adoecimento de um corpo. (p.57)

Assim, é necessário investir no processo contínuo de formação, já que a Psicologia não se constitui como saber suficiente em contextos complexos (Bock,2001) e a Universidade é apenas o primeiro passo de muitos, que virão a complementar a formação.

Se eu tivesse de dar uma mensagem para um psicólogo diria que a formação e a vida profissional começam no dia que ele começa a atender porque a universidade foi apenas um norteador para começar o processo de aprendizagem. Ele saiu da universidade, mas não saiu pronto. Muito pelo contrário, ele não está nem na metade do caminho, principalmente nessa área de Oncologia Pediátrica.(Colaboradora 3-E)

Isso coincide com a assertiva de Kovács (1991). Para ela, a busca pelo maior envolvimento e aprofundamento de temas como a morte deve partir do

próprio estudante da área de saúde, ou seja, é algo opcional. Assim, o curso de Psicologia como os demais na área de saúde deve oportunizar tal experiência.

Mesmo 'solitária', a profissão de psicólogo em OP foi vista como gratificante, pois envolve um aprendizado constante e mobiliza um redimensionamento do saber-fazer diário.

Acho que me encontrei dentro de minha profissão! Não que eu não fosse atender em consultório e inclusive, alguns de meus pacientes acabaram virando pacientes do consultório também. Eram pessoas doentes com problemas de saúde e não somente com problemas existenciais. Dei continuidade a isso e de repente sou puxada e chamada para trabalhar em um hospital com Oncologia Pediátrica (OP), daí pensei: "vai ser muito mais difícil lidar com criança". Eu acho que precisava antes desse preparo e de me sentir mais segura para ir trabalhar em OP. (Colaboradora 8-E)

Eu sinto um privilégio de estar junto com as crianças/adolescentes e familiares que estão enfrentando o diagnóstico e tratamento para o câncer! É uma troca onde ocorre um crescimento diário ao estar junto com as crianças e seus familiares. Aprendo a cada dia com elas! (Colaboradora 5-E)

Particularmente, acho que a profissão do psicólogo, o cuidar do outro e de seu sofrimento psíquico, acrescenta aos profissionais ganhos pessoais. Acredito que temos muito a aprender com a experiência de vida do outro, independente de sua idade. Cada relação é única e nos acrescenta algo. (Colaboradora 7-D)

A inserção do psicólogo no setor privado foi algo enfatizado por uma das colaboradoras, já que, em sua maior parte, os psicólogos ainda não estão inseridos em hospitais particulares:

Precisamos que os psicólogos se insiram em clínicas particulares. Os hospitais públicos, bem ou mal, já têm uma certa estruturação, mas essas clínicas particulares ainda não têm psicólogos. Às vezes, por conta da grande demanda nos serviços de saúde, as pessoas não querem um hospital público, mas sim um serviço de saúde pago. Então é preciso haver a inserção de psicólogos e de outros profissionais no setor particular. Mas a fisioterapia já conseguiu esse espaço, a Psicologia não. A gente ainda tem que galgar muito porque é preciso!(Colaboradora 1-E)

Ao participarem desta pesquisa, as colaboradoras destacaram a dimensão clínica e o alcance social da mesma, além das expectativas quanto à sua divulgação e ao futuro da OP:

Falar sobre minha prática me traz o sentimento de tranquilidade. (colaboradora 5-E)

Não sei responder quais são as questões mais inquietantes em minha prática. No começo de minha fala estava tensa e ainda estou um pouco. (Colaboradora 6-E)

Antes de falar sobre minha prática eu estava feliz e agora também. É muito gostoso quando a gente fala, é gratificante e eu gosto muito de conversar sobre Psicologia. Quando falo sobre minha prática, vou revivendo! Foi um trabalho prazeroso! Gosto muito de quando recebo o retorno quando me recordo dessas experiências em OP. (Colaboradora 7-E)

Antes de começar a falar sobre minha prática lógico que estava na expectativa do que você ia me perguntar, mas se é pra falar da minha prática ninguém fala melhor do que eu sobre o que eu faço, então, fiquei tranqüila! É bom a gente ter esse espaço para colocar as coisas que muitas vezes estão em nossa cabeça o tempo todo e não temos com quem dividir isso e botar para fora! É uma experiência muito legal! (...)isso que nós estamos fazendo agora é super importante porque essa troca de experiência não é apenas com o profissional da minha área como você, mas com diversos profissionais. Eu tenho uma sede de aprender muito grande e o quanto eu aprendi, é fantástico! (...) Acho que não tem mais psicólogos empregados nessa área porque não tem mais vagas e recursos para pagar. E se tem dinheiro para pagar, não sei o que acontece. Não é que os serviços não queiram um psicólogo na equipe, pelo contrário, eles querem e têm consciência disso. Aqui no estado eu acho que não tem discussão sobre isso. Os serviços de OP contam com psicólogos, mas talvez não exista a compreensão de que precise de mais psicólogos. Acho que isso seja uma coisa para a Psicologia mostrar mais e divulgar melhor, esclarecendo o que esse profissional faz e a importância de seu trabalho afim de que os dirigentes sintam essa necessidade e reconheçam a sua importância até porque muitos ainda não compreendem todas as facetas e entraves que existem nesse tipo de trabalho. Espero que essa pesquisa contribua com isso ao levar a compreensão desse trabalho!(Colaboradora 8-E)

Antes da entrevista, eu estava na expectativa. Acho que coloquei coisas que fazem parte e em algumas delas preciso melhorar. Foi legal essa conversa e espero que possa ajudar! Foi muito bom! É o momento de ver novamente o que faço, pois a prática diz tudo da teoria. Quando entrei aqui comecei a construir o trabalho e sinto que ainda estou construindo. (Colaboradora9-E)

Foi muito bom conversar sobre minha prática. Foi uma oportunidade riquíssima de crescimento. O grupo focal foi uma experiência única e as entrevistas proporcionaram um repensar sobre a prática que considero extremamente importante. (Colaboradora 7-D)

Isso nos lembrou a dimensão interventiva da pesquisa Fenomenológica, já que não se trata de apenas investigar um tema, mas de possibilitar encontros significativos, que gerem impactos no campo e nos envolvidos.

De um modo geral, em OP, convive-se com uma realidade complexa, que exige uma forma de pensar também complexa. Nessa forma de pensar, os fenômenos estão cercados por incertezas, provisoriedade e indeterminismo. “*Os princípios do pensamento complexo são necessariamente os princípios de distinção, conjunção e implicação*”. (Morin, 2001, p. 346). Todavia, na formação dos profissionais de saúde, os conhecimentos ainda aparecem de forma dissociada e fragmentada da realidade e de problemas, cada vez mais, transversais, globais e planetários. (Morin, 2004). E de acordo com Morin (2004), o campo da saúde requer que pensemos em uma educação para a complexidade e para a religação dos saberes e das experiências, os quais devem ser compartilhados de modo que nenhum saber se sobreponha a outro. Isso poderia resultar em um cuidado mais próximo das necessidades dos usuários, e do respeito às diferenças entre todos os envolvidos em uma equipe de saúde.

Com isso, compreendemos que há lacunas na formação do psicólogo, e na prática dos profissionais de saúde desenvolvida nos hospitais. O currículo da graduação em saúde não tem subsidiado um saber voltado para o cuidado paliativo e preparo frente às situações de morte e morrer. O despreparo aparece junto com o desamparo frente às tensões individuais presentes no ambiente de trabalho do profissional que presta cuidados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. (Susaki, Silva e Possari, 2006)

7. IN-CONCLUSÕES

Sob a espada de *Dâmocles*! É assim que uma das colaboradoras de nossa pesquisa descreveu sua prática cotidiana em OP e é com essa metáfora que ousamos traduzir uma prática permeada por paradoxos e possibilidades, inclusive a de experimentar o poder-ser próprio diante de uma doença grave como o câncer. Tal cenário repleto de desasossego, angústia, sofrimento, finitude, cuidado, superação, solidariedade, dignidade, aprendizado, dentre outras vivências intensas, nos reportam mesmo à experiência de *Dâmocles* ao experimentar o lugar do rei por um dia, usufruindo as ‘possibilidades’ que isso lhe renderia; e, ao mesmo tempo, tendo uma espada pendurada no teto e apontada sobre a sua cabeça. A vivência dessa possível ameaça/risco se concretizar, podendo causar danos/perdas a qualquer instante de tempo, inclusive a ‘perda do poder’, nos lembrou a iminência de morte das crianças com câncer, a qual tende (não raro) a des-fazer e a diluir o poder daqueles que cuidam _ os profissionais de saúde, inclusive, o psicólogo. Esses, por sua vez, figuram como os muitos *Dâmocles* em OP, cabendo-lhes o trânsito entre as dimensões ônticas e ontológicas, do cura/cuidado dos envolvidos e de si mesmos. Contudo, esse poder-cuidar/curar está sob ameaça constante da impossibilidade, correndo o risco de nem mesmo se concretizar ou continuar existindo. Tal paradoxo nos ensinou que a prática psicológica em OP é um poder-cuidar/curar que está sob o risco da ‘espada’, anunciada aqui pelo cenário da OP e, principalmente, pelos dias em que a morte, o medo, a solidão, a dor e tantos outros acontecimentos ligados ao câncer, assolam aqueles que se engajaram, assim como *Dâmocles*, no banquete do poder-cuidar/curar. O poder aqui pode ser compreendido como o saber-fazer de cada um dos profissionais de saúde e até mesmo daqueles que se dispõem a encarar o lugar de *Dâmocles* (nem que seja por algumas horas) nos serviços de OP deste país, sejam eles pais, parentes, amigos, voluntários, estagiários, grupos religiosos, artistas, músicos, empresários, dentre outros.

Investigar-a-ação em OP foi uma experiência que nos ajudou a compreender como tal prática se con-figura e se trans-figura em um dado lugar e

tempo histórico. As temáticas usadas para cartografar tal prática não esgotariam suas possibilidades de sentido, mas nos aproximou do movimento hermenêutico/interpretativo. Nesse exercício, compreendemos que a prática psicológica em OP caracterizou-se, sobremaneira, pela coexistência de três aspectos: longo período de acompanhamento de pacientes e familiares, envolvimento afetivo e proximidade entre os atores envolvidos, além da intensidade no que diz respeito aos vínculos estabelecidos entre os atores envolvidos. Somadas a isso, destacam-se as repercussões/afetações que tudo isso promove nos modos-de-ser e de estar-no-mundo de cada um, inclusive as influências dos significados atrelados ao câncer e aos seus possíveis desdobramentos. Três outras dimensões/características da prática se destacaram:

1) A necessidade de um trabalho coletivo mantido pelo diálogo constante e por encontros sistemáticos entre os atores envolvidos _Esse aspecto constitui um imperativo de um saber-fazer que se realiza e se perpetua pelas vias do coletivo e do estar-com o outro. Talvez tal imperativo aconteça em OP devido às nuances da área, que envolvem “acontecimentos pesados” como morte precoce de crianças, perdas, conflitos familiares, negligência dos pais, privação de recursos materiais, presença constante de dor e de procedimentos invasivos, dentre outros que ‘exigem’ dos profissionais o exercício contínuo de com-partilhamento, bem como a disciplina em manter reuniões e diálogos a respeito do cotidiano prático em prol de uma verdadeira “digestão emocional” dos fenômenos, os quais incidem (de alguma forma) no modo-de-estar-no-mundo de todos os membros da equipe de saúde;

2) A abertura para a transcendência como elemento de sustentação da prática psicológica_ Tal abertura se torna necessária em prol do acolhimento daquilo que não se pode explicar, da dimensão do mistério, que envolve a vida e suas vicissitudes quando se tem câncer na infância, ou seja, é um exercício feito pelos psicólogos em prol do respeito e da valorização de crenças e experiências de fé, que ultrapassam uma prática religiosa, sejam elas oriundas/pertencentes a si mesmos ou a seus pacientes;

3) A re-visão e análise crítica do processo de forma-ação como algo solitário, falho e repleto de lacunas_ O aprendizado oriundo da formação acadêmica pouco contribuiu para a prática desenvolvida em OP, uma vez que a maioria das psicólogas em questão não teve opção de cursar ou estudar conteúdos da área de Psicologia Hospitalar e/ou da alta complexidade em saúde. Tal lacuna as “obrigou” a se inserir em contextos de formação após a graduação, uma vez que, praticamente, foram pioneiras na implementação do serviço de Psicologia em algumas instituições hospitalares do Recife-PE, processo esse que trouxe inúmeras dificuldades devido à escassez de literatura específica na área e de conteúdos presentes na grade curricular da graduação, que subsidiasse a prática no setor de alta complexidade em saúde.

A prática em OP requer um movimento contínuo de aproximação-envolvimento com as demandas que aparecem. Nesse movimento, as colaboradoras narraram que buscam um posicionamento, que resguarde os princípios éticos e a privacidade dos envolvidos. Mesmo diante desse movimento, admitem que não se trata de uma prática ‘distanciada’ da pessoa, já que se transita em um ‘espaço propício’ a afetar-se e a ser afetado. Com o tempo, a prática tende a se ancorar, cada vez mais, na própria experiência das psicólogas que a realizam. Isso foi visto como um modo não só de superar as lacunas do processo formativo, mas também como desdobramentos de um exercício ético, que acolhe o outro como lhe chega, reconhecendo a impossibilidade de controle sobre os acontecimentos da OP.

Quanto ao cuidado, esse foi concebido como um conjunto de atitudes, ações e posicionamentos frente à manutenção da vida da criança doente no intuito de ‘amenizar’ o sofrimento e criar-lhe condições de fala e de bem-estar. Tal cuidado acontece somente na presença da perplexidade e do ‘deixar-se envolver’ do psicólogo com os imperativos éticos da OP sem isso, o cuidado simplesmente não existiria. Em linhas gerais, o cuidado em OP foi concebido como:

- a) Disponibilidade afetiva para estar com o outro e crença em seu lado saudável;
- b) Estar junto, escutar e oferecer suporte emocional;

- c) Assumir compromisso e perceber demandas do outro;
- d) Toque e expressão de afeto ao outro;
- e) Acompanhar a existência e estar próximo até o último momento de vida;
- f) Acolher e atender a necessidades básicas do outro sem substituí-lo;
- g) Respeito e posicionamento ético;
- h) Envolvimento afetivo com o que facilita a vivência;
- i) Proteção e manutenção da vida (em suas necessidades primordiais);
- k) Empoderamento dos atores envolvidos;
- l) Escutar e olhar atentamente;
- m) Falar na linguagem da criança e criar condições para a expressão da mesma;
- n) Acolher e não conter sentimentos;
- o) Compreensão do modo de estar-sendo do outro;
- p) Orientação e atendimento às necessidades globais dos pacientes e de seus familiares;
- q) Facilitar/oportunizar a fala e amenizar a dor;
- r) Orientação, informação e preparação para realização de procedimentos terapêuticos (cirurgia, exames);
- s) Zelo pelo modo de falar e interpretação da linguagem;
- t) Estimular a disponibilidade afetiva do outro e respeitar o seu tempo;
- u) Antecipação e simulação de ações de uma forma lúdica;
- v) Prática afirmativa da alteridade que vai além da cura física;
- w) Doação ao outro, ajuda;
- x) Escuta orientada para o sentido ;

y) Intercâmbio com a iminência de morte semelhante ao que ocorreu com Dâmocles;

z) Respeitar diferenças, mesmo não concordando com elas (desgastar-se com os atores envolvidos);

z1) Demonstrar humanidade e não ser indiferente ao outro.

De A a Z, essas concepções de cuidado se mesclam e repercutem na prática psicológica em OP e vive-versa. Ambos acontecem na medida em que a disponibilidade afetiva e a escuta atenta/ sensível do psicólogo se fazem presentes. Tal escuta estaria a serviço do acolhimento incondicional da criança e de seus familiares em seus modos-de-estar-sendo-no-mundo. Portanto, o cuidado apareceu como antecipação libertadora no sentido de solicitude para com o outro ao longo do tempo (presente, passado e futuro) de seu tratamento oncológico.

As implicações dessas concepções de cuidado, na prática psicológica das colaboradoras, podem ser compreendidas em termos de serenidade, de abertura ao poder-ser do outro e de utilização de algumas estratégias de enfrentamento, dentre as quais se destaca o autocuidado. Em outras palavras, as colaboradoras demonstraram 'conceber as coisas' não apenas do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista ético, buscando acolher os movimentos de ocultação e de revelação dos fenômenos da OP. E isso só se torna possível quando há uma reflexão ininterrupta do que se pensa, sente e faz. Em muitos momentos desta pesquisa, isso se fez presente, tais como: nas conversas sobre a prática, nas visões de homem e de mundo anunciadas, na admissão do mistério da vida, na crença de que a ciência não tem resposta para tudo, na incessante tarefa de cuidar para além da remissão de sintomas, nos investimentos e apostas realizadas no trabalho coletivo, nas trocas comunicacionais realizadas, nas afetações manifestas diante de situações limítrofes, na inteireza de detalhes narrados, no reconhecimento do pouco/quase nada que aprenderam na graduação a respeito de média e alta complexidade em saúde, nas longas horas dedicadas a essas crianças e seus familiares, na longa permanência nos serviços, na co-participação de eventos em seus serviços, no recebimento de

estagiários, no acolhimento aos pacientes e familiares, no engajamento de causas e campanhas solidárias, na fé que expressaram ter em Deus, na confiança depositada no trabalho, que desenvolvem, nos momentos em que se emocionaram ao recordar diferentes etapas da prática, no modo solícito como nos acolheram e participaram deste estudo em todas as suas etapas, no compromisso em devolver suas narrativas a nós e, quem sabe, em tantas outras possibilidades que não pudemos “captar” até o momento.

Tanto a prática psicológica como o cuidado em OP foram concebidas como ações, que transitam entre as dimensões ôntica e ontológica, ultrapassando a execução de procedimentos técnicos, pois, mesmo quando não é possível alcançar a remissão de sintomas, ainda assim é possível antecipar-se ao outro e não ser consumido pelo “ter que fazer alguma coisa”, nem que essa coisa seja “eliminar a doença a qualquer custo”. As colaboradoras nos ensinaram que estar-enfermo significa que ainda temos possibilidades, mesmo que limitadas, como diria Heidegger; mas temos! E isso é ponto-chave para a prática do psicólogo, pois, a partir dessa compreensão, a angústia do “ter que fazer alguma coisa” e a “sensação de impotência do não saber o que fazer” redimensionam o saber-fazer do psicólogo, que passa a sintonizar e acolher “o que ocorre no e pelo encontro com o outro e não simplesmente a planejar ou tentar controlar previamente os acontecimentos do encontro com a alteridade. Nessa forma de prática, o psicólogo não se atém à doença ou ao diagnóstico, mas às experiências do humano que adoece. Assim, a sua ética (forma de estar com o outro) constitui o maior balizador de suas ações. Então, passa a não se basear somente em um dado aporte teórico, pois esse fundamento facilmente se ‘diluiu’ diante da fluidez da vida e da complexidade de uma prática como aquela pertencente ao âmbito da OP.

Vale ressaltar que, ao longo desses quatro anos de pesquisa, desafios, impasses e conflitos nos instigaram ao longo do caminho, impulsionando o nosso poder-ser-no-mundo para além de teorias. O processo vivencial de estar-indo-e-voltando ao campo foi algo verdadeiramente fenomênico. A Fenomenologia nos ajudou a redimensionar tal movimento, ora repleto de angústia, ora marcado pela

serenidade. Talvez isso guarde relações com o modo como as colaboradoras se des-velaram nos encontros conosco. Tais encontros foram significativos e desveladores, trazendo expansão não só de conhecimentos, mas também de modos de ser e de estar no mundo.

Diante disso, compreendemos que os objetivos desta pesquisa foram alcançados. Com isso, aprendemos que admitir a impossibilidade das possibilidades (sobretudo face à iminência de morte) e abrir-se ao poder-ser do outro é algo trans-formador, mesmo quando a gente duvida e se sente à deriva. Hoje, notamos o quanto passamos grande parte do curso de Psicologia olhando para o homem que não pode, para aquilo que nele falta e para os ditames do ambiente e do desejo que o assolam diariamente. Mas, ao adentrar no cotidiano da OP, isso é redimensionado e adquire outros sentidos, que vão além de questões epistemológicas. Revisitar e participar de um cenário onde a dor e o sofrimento se fazem presentes para além da condição existencial, mesmo que, durante um curto espaço de tempo, redimensionou nossa compreensão acerca do saber-fazer psicológico. Isso porque a prática das psicólogas participantes foi descrita como uma atitude ou posicionamento ético per-passado por uma escuta atenta e sensível em prol da investigação e produção de sentidos.

O distanciamento do sofrimento alheio e próprio, bem como a dificuldade de se construir relações de confiança têm se apresentado como um dos grandes desafios da contemporaneidade. Contudo, aquilo que se assiste ao revisitar o cenário da OP é algo que contraria essa lógica Metafísica de fragmentação, hegemonia racionalista e insenção afetiva. Em OP, talvez pela iminência constante de morte, pelo modo de conceber os encontros humanos e, ainda, pela afetação que o sofrimento visível de crianças desperta, psicólogos e demais profissionais de saúde são constantemente convocados a romper com o individualismo, a des-construir/re-dimensionar o que aprenderam na formação acadêmica e a re-inventar modos interventivos por meio da experimentação cotidiana. Em outras palavras, é colocando a própria experiência sob investigação que tais profissionais podem revisar a própria prática e construir uma práxis calcada no pensamento, que medita e não somente no pensamento, que calcula.

Em outros termos, seria uma prática que se aproxima da noção grega de técnica enquanto *techné* (arte, invenção). Tanto que a neutralidade não foi uma prerrogativa valorizada pelas colaboradoras desta pesquisa. Ressaltamos que a des-construção desse pressuposto metafísico foi importante e nos revelou o que significa desenvolver uma prática realmente ‘implicada’, ou seja, com envolvimento, seja ele afetivo, motor ou cognitivo. Sem esse envolvimento, o cuidado não aconteceria em OP. Tal envolvimento conserva a perplexidade diante dos fenômenos, o qual foi traduzido como o exercício de “não impor nem expor o outro” e como “tentativa de cuidar do outro sem demonstrar-lhe indiferença”.

Esta pesquisa nos atentou para a urgente necessidade da Psicologia avançar no que diz respeito ao saber-fazer voltado para a média e alta complexidade em saúde. As pesquisas ainda são escassas e, quando existentes, se concentram na área da enfermagem e da medicina. Ademais, pouco ou quase nada é ofertado nos currículos dos cursos de graduação em Psicologia como alternativa para a discussão/aprofundamento de temáticas relacionadas à prática psicológica em instituições que lidam diretamente com a iminência de morte. Mesmo compreendendo que grande parte da formação do psicólogo depende das escolhas de cada um, questionamos: Como os futuros psicólogos optarão por algo que sequer existe em seus currículos? Como redimensionar essa realidade em um país, que legisla sobre a obrigatoriedade da presença de psicólogos em equipes de Oncologia e onde o câncer constitui questão de saúde pública, se nesse mesmo país, não se oferece para os profissionais de saúde uma formação, que, pelo menos, os introduza no ‘preparo’ para a realidade da média e alta complexidade em saúde? Com isso, resta ao psicólogo optar por um saber especializado em termos de pós-graduação, ferindo (em tese) os princípios de uma formação generalista e contextualizada com as demandas emergentes. Diante disso, questionamos: Se disciplinas, estágios e projetos fossem ofertados (no âmbito da média e alta complexidade sanitária) durante a graduação, será que não teríamos um maior número de psicólogos inseridos em serviços de Oncologia e de Oncologia Pediátrica, por exemplo? Será que tal inserção em fatias emergentes de mercado não contribuiria para uma maior desmistificação da

profissão tanto em segmentos públicos quanto em privados? Será que a recente inserção de psicólogos no setor público de saúde ainda não ocorreu de modo mais efetivo devido à falta de articulação da categoria e à falta de “preparo” para tal?

Ademais, a angústia não foi apenas um conceito teorizado ao longo de nossa pesquisa, mas se apresentou e permeou todo o trabalho. Aprendemos que a angústia diante da alteridade (da criança com câncer, de seus familiares/acompanhante e da equipe) não é algo que podemos classificar como meramente paralisante; ao contrário, foi por meio de nosso confronto com o ‘nada’ que pudemos experimentar a abertura como des-velamento do que vimos, ouvimos e sentimos ao acolher as narrativas das psicólogas e refletir com e a partir delas. Além disso, tal abertura foi indispensável para revisarmos nossas concepções prévias e, assim, aproximá-las de uma possível compreensão e, posteriormente, da interpretação do tema pesquisado.

Algo que nos chamou a atenção durante toda a pesquisa foi a abertura para a transcendência como fonte de sustentação da prática em OP. Não consideramos tal abertura como ‘mecanismo de defesa’, nem tampouco como algo que a distancie de um posicionamento científico. Ao contrário, compreendemos tal abertura como algo salutar que nos lembrou o pensamento complexo de Edgar Morin e também como algo inerente ao modo-de-estar-no-mundo de cada uma das colaboradoras, ou seja, como um modo de lidar com as dimensões do vivido em OP. Assim, escrever e pesquisar esse tema foi mais que cumprir tarefas, pois trouxe questões que vieram ao encontro de algumas de nossas concepções prévias a respeito do fenômeno investigado. Por isso, esta pesquisa se constituiu por intermédio de um com-partilhamento coletivo; o que nos lembrou o exercício de abertura ao poder-ser dos fenômenos como prerrogativa para o exercício compreensivo.

O tempo passou e as marcas deste trabalho permanecem tatuadas em nós não somente porque traduziu um grande sonho realizado, mas também porque, a partir dele, outros projetos poderão surgir em prol da sistematização do trabalho do psicólogo na média e alta complexidade em saúde, impulsionando a realização

de novos trabalhos para além daqueles pensados até o momento. Em suma, essa investigação des-velou nossa trajetória pela Psicologia naquilo que temos sido mais profundamente tocados: os modos de existir do humano e suas visíveis trans-formações ao longo da vida.

REFERÊNCIAS²¹

- Abbagnano, Nicola. (1998). *Dicionário de Filosofia*. (3 ed revista e ampliada). São Paulo: Martins Fontes.
- Abbagnano, Nicola (2006). *Introdução ao Existencialismo*. (Tradução de Marcos Marcionilo). Coleção Dialética. São Paulo: Martins Fontes.
- Almeida, F. M. (2005). *Ser Clínico como Educador: uma leitura Fenomenológica existencial* de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Andrade, A.N. (2007). Práticas psicológicas, Epistemicídio e Unidades Básicas de Saúde In *Rev. Psicologia Política*. Belo Horizonte: UFMG. 7 (13):1-32. Recuperado em janeiro 2008 de <http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=18>
- Andrade, A.N.; Morato, H.T.P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições In *Rev Estudos de Psicologia [Online]*. Maringá, PR. 9 (2): 345-353. Recuperado em 28 Maio 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26190217.pdf>.
- Andrade, A.; Morato, H.; Schmidt, M.L. (2007) Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: Rodrigues, M. & Menandro, P. (Org.). *Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em Psicologia*. Vitória: Editora GM. 1: 193-206.
- Bello, Ângela Ales.(2006) *Introdução à Fenomenologia*. Bauru, SP: Edusc.
- Almeida, M.C. (2004). O ser e o fazer na contemporaneidade: conferência de abertura. In: *10º Encontro de Enfermagem do Nordeste e 4ª Semana de Pesquisa da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)*. Agosto. Natal, RN. 11-13, Brasil [mimeo].
- Alves, Rômulo Romeu da Nóbrega; Alves, Humberto da Nóbrega; Barboza, Raynner Rilke Duarte; Souto, Wedson de Medeiros Silva.(2010). The influence of religiosity on health In *Rev.Ciência e Saúde Coletiva [online]*. 15 (4): 2105-2111. Recuperado em 15 Janeiro 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400024.
- Araújo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira (2006). Câncer Infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica In *Rev. Psicologia*

²¹ De acordo com o estilo APA- American Psychological Association

Hospitalar [online]. São Paulo. 4 (1):1-12. Recuperado em 10 Maio 2011 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092006000100005&script=sci_arttext.

Armond, Lindalva Carvalho; Boemer, Magali Roseira (2004) Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. In *Rev Latino-americana de Enfermagem*. [Online] Ribeirão Preto, SP. Novembro/dezembro; 12(6):924-32. Recuperado em 14 Abril 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a12.pdf>.

Arrais, A. R; Araújo, T. C. C. F. (1998). A sobrevivência em Oncologia: Uma vivência paradoxal In *Rev. Psicologia Ciência e Profissão* [Online]. Brasília, DF. 18 (2): 2-9. Recuperado em 12 Março 2009 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v18n2/02.pdf>.

Augras, Monique (1986). *O Ser da Compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petropólis: Vozes.

Avellar, Z; Iglesias, A; Valverde, P.F. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de Oncologia in *Rev. Psicologia em estudo* [Online]. Maringá, PR. Setembro-Dezembro. 12 (3): 475-481. Recuperado em 20 Fevereiro 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a04.pdf>.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004). Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde in *Rev. Saúde e Sociedade*. Setembro-Dezembro. São Paulo, SP. 13 (3)16-29.

(2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? In *Rev. Interface Comunicação, Saúde e Educação* [Online]. Fevereiro. Botucatu, SP. Educ (6): 117-120.

(2005). Hermêutica e humanização das práticas de Saúde in *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 10 (3): 549-560. Recuperado em 23 Dezembro 2011 de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>

Azevedo, D.R.; Barros, M.C.M.; Muller, M.C. (2004). *Psico-Oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Barbosa, M. F. (1998). A noção de ser-no-mundo em Heidegger e sua aplicação na psicopatologia in *Rev. Psicologia Ciência e Profissão* [Online]. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, DF. 3 (18): 2-13. Recuperado em 10 Abril 2009 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98931998000300002&script=sci_arttext.

- Barguil, P.M., & Leite, R.C.M. (1997). *Vor.Itemos às próprias coisas: o convite da Fenomenologia*. In J.A.E. Barreto & Moreira, R.V.O. *Imaginando erros (Escritos de Filosofia da Ciência, 79-111)*. Fortaleza: Casa de José de Alencar-coleção Alagadiço Novo.
- Barreto, C.L.B. (2006). *A ação clínica e os pressupostos fenomenológicos existenciais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: USP
- Barreto, C. L.B.T.; Morato, H.T.P. (2009) *A ação clínica e a perspectiva Fenomenológica existencial* In Morato, Henriete Togneti; Barreto, Carmem Lucia e Nunes, Andre Prado. (Coords) (2009). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológico existencial. Uma introdução*. (Série Fundamentos em Psicologia). São Paulo: Guanabara Koogan.
- Barros, E.N. (2005). *Implicações psicossociais, emoções e enfrentamento do câncer na infância quando a cura não é mais possível. Seção Cuidados Paliativos* In *Rev. Prática Hospitalar.[Online]* Recuperado em 07 de Fevereiro 2011 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2025-41.html>.
- Benjamin, W. (1985) *Magia e Técnica. Arte e Política*.(Obras escolhidas. Vol.I). São Paulo: Brasiliense.
- _____ (1994). *O Narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov* In Benjamin, W. (1994). *Obras Escolhidas: Magia e Técnica, Arte e Política* (Tradução de Sergio Paulo Rouanet, 197-221). São Paulo: Brasiliense.
- Beaini, T.C. (1981). *À escuta do silêncio. Um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger*. São Paulo: Cortez.
- Bianchi, A; Lopes, L.F & Camargo, B. (2000). *Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil* in *Rev Associação Médica Brasileira [Online]*. Julho-Setembro. São Paulo, SP. 46 (3): 277-284. Recuperado em 16 Julho 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000300014&script=sci_arttext.
- Bifulco, V. A. (2005). *O cuidar do paciente fora de possibilidades de cura. Seção cuidados paliativos* in *Rev. Prática Hospitalar. [Online]* São Paulo, SP. Setembro-Outubro.7 (41). Recuperado em 19 Maio 2010 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2022-41.html>
- Bock, A.M.B. (2001). *A Psicologia hoje: formação, ciência e profissão* In *1 semana de Psicologia da UFMT* Recuperado em 1 Setembro 2011 de <http://www.geppe.ufms.br/artigonovo3.htm>. Acesso em 15 de setembro de 2011.

- Boemer, M.R. (1994) A condução de estudos segundo a metodologia de investigação Fenomenológica in *Rev.Latino-americana de.Enfermagem [Online]*. Janeiro. Ribeirão Preto, SP. 2 (1): 83-94. Recuperado em 17 Maio 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n1/v2n1a08.pdf>.
- Boemer, M.R.; Corrêa, A.K. (2003). Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: Branco, R.F.G.R. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Boff, Leonardo. (2004) Saber Cuidar. *Saber Cuidar. Ética do humano, compaixão pela terra*. (10 ed). Petrópolis: Vozes.
- Braga, E.N. Rodrigues, J.V. (1998) Programa cuidando do cuidador em Fortaleza In Carvalho, M.M.J. (Org).(1998). *Psico-Oncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus.
- Braga, P.E, Latorre, M.R.D.O; Curado, M.P. (2002). Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países In *Cadernos de Saúde Pública*. São Paulo, SP. 18(1): 33-44.
- Brandão, C. (2005). Dor, Câncer e Cuidados Paliativos: Uma Nova Abordagem. Seção Cuidados Paliativos in *Rev Prática Hospitalar*. São Paulo. Setembro-Outubro.7 (41). Recuperado em 02 Maio 2010 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2019-41.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Criança/PAISC: Ações Básicas* . Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Portaria nº 2439/GM de 19 de dezembro de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Portaria Nacional nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005* Recuperado em 08 Março 2008 de <http://www.inca.gov.br/imprensa/arquivos.asp>.
- Braz E, Fernandes LM. (2001). Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem in *Rev Texto & Contexto Enfermagem [Online]*. Florianópolis, SC.10(3): 138-51. Recuperado em 5 Abril 2010 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14074&indexSearch=ID>.
- Borges, Rosália Figueiró ; Waldow, Vera Regina. (2008). O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade in *Rev Latino-americana Enfermagem.[Online]* Ribeirão Preto, SP. Julho-Agosto. 16(4): 1-8. Recuperado em 10 Fevereiro 2009 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf

- Bromberg, Maria Helena Pereira Franco (1997). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. (2.ed). Campinas: Psy.
- Brum, E; Min, M. (2008). A enfermagem entre a vida e a morte in *Revista Época*. Edição de 25/08/2008. Seção Saúde e Bem-estar, exclusivo [Online]. Recuperado em 2 Setembro 2011 de <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10399-15257,00-A+ENFERMARIA+ENTRE+A+VIDA+E+A+MORTE.html>.
- Bruns, M.A.T.; Trindade, E. (2001). Metodologia Fenomenológica: a contribuição da Ontologia-Hermenêutica de Martin Heidegger In Bruns, M.A .T & Holanda, A.(2001) *Psicologia e pesquisa Fenomenológica. Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Ômega.
- Buys, R. C. (2007). A Psicologia humanista in Jacó-Vilela, Ana Maria et al. (Orgs) *História da Psicologia rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau.
- Bruscagin, C.; Savio,A.; Fontes, A.; Gomes, D.M. (2008). *Religiosidade e Psicoterapia*. São Paulo: Roca.
- Cabral, B. E. B.; Morato, H. T. P. (2003) Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. *Interlocuções Rev de Psicologia da UNICAP*. Recife, PE. 3 (1-2): 155-176.
- Camargo, Beatriz; Kurashima, A.Y. (2005). Grupo de Cuidados Paliativos em Pediatria Oncológica: Experiência de Cinco Anos In *Rev Prática Hospitalar*. [Online] Setembro-Outubro. São Paulo. 7 (41): 1-3. Recuperado em 05 de abril 2011 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2024-41.html>
- Campos, E. M. P; Rodrigues, A.L; Machado, P; Alvarez, M. (2007). Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. In *Rev Psicologia em Estudo* [Online] Maringá, PR. Setembro-Dezembro. 12 (3): 635-640. Recuperado em 7 Março 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300021.
- Caponero, R. & Gimenes, M.G.G (1997). Atuação interdisciplinar em Oncologia In *Revista de Psicologia Hospitalar*. [Online]. Julho-Dezembro São Paulo. CAPSI, Faculdade de Medicina da USP. Ano VII, 2 (14): 0-0.
- Capparelli, A.B.F. (2004). O câncer infantil e a relação médico paciente In Valle, E.R.M. (Org) (2004) et al. *O cuidar de crianças com câncer. Visão Fenomenológica. Vivências dos médicos que cuidam de crianças com câncer*. Campinas: Livro Pleno.
- Cardinalli, Ida Elizabeth (2004). *Daseinsanalyse e esquizofrenia: um estudo na obra de Medard Boss*. São Paulo: Educ/FAPESP.

- Cardoso, Flávia Tanes. (2007). Câncer infantil: Aspectos emocionais e atuação do psicólogo. In *Rev. SBPH [Online]*. Rio de Janeiro, RJ. 10 (1): 25-52. Recuperado em 10 Maio 2010 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100004&lng=pt&nrm=iso
- Carvalho, M.M. (1994). *Introdução à Psico-Oncologia*. Campinas: Psy II.
- _____ (1998). *Resgatando o viver. Psico-Oncologia no Brasil*. São Paulo: Summus.
- _____ (2002). Psico-Oncologia : história, características e desafios in *Rev Psicologia da USP*. São Paulo, SP. 13 (1): 01-08. Recuperado 26 Fevereiro 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=pt&nrm=iso.
- Carvalho, A.de S. (1991) *Metodologia da entrevista: uma abordagem Fenomenológica*.(2ª ed.). Rio de Janeiro: Agir.
- Carvalho, Liliane Brandão.; Bosi, Maria Lúcia Magalhães.; Freire, José Célio. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços in *Rev Saúde Pública*. São Paulo, SP. 42(4):700-706. Recuperado em 23 Março 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>.
- Casanova, Marco Antonio (2009). *Compreender Heidegger*.(Série compreender). Petrópolis: Vozes.
- Cavicchioli, A.C.; Menossi, M.J.; Lima, R.A.G. (2007). cancer in children: the diagnostic itinerary In *Rev Latino-americana Enfermagem*. [Online] Ribeirão Preto, SP. Setembro-Outubro. 15(5):1025-1032. Recuperado em 26 Junho 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a21.pdf>.
- Chiattonne, H. B. C. (1998). Urgências psicológicas em leucemias. In: Angerami, V. A. C. (Org.) (1998). *Urgências psicológicas no hospital*. (171-191). São Paulo: Pioneira.
- _____ (2000). A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami (Org.) (2000). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (73-158). São Paulo: Pioneira.
- Cipullo, M. A.T. (2000). O modelo existencial e o pulsional na compreensão da angústia (ou... A escolha de Ubiratan S.) In Angerami-Camon, V.A. (Org) (2000). *Angústia e Psicoterapia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coelho, L.P; Rodrigues, B.M.R, D. (2009). O cuidar da criança na perspectiva da bioética in *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, RJ. abr/jun; 17(2):188-93.

Recuperado em 22 Dezembro de 2011 de <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a08.pdf>.

Combinato, Denise Stefanoni; Queiroz, Marcos de Souza. (2006). *Morte: Uma visão psicossocial*. In *Rev Estudos de Psicologia [Online]*. Natal, RN. 11(2):209 - 216. Recuperado em 12 Junho 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci_arttext.

Costa, J. C; Lima, R.A.G. (2002) Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem In *Rev.Latino-americana de Enfermagem*. [Online]. Maio-Junho. Ribeirão Preto, SP.10(3):321-333. Recuperado em 24 Julho 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13342.pdf>.

_____ (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer In *Rev. Latino-Americana de Enfermagem [Online]*.Ribeirão Preto, SP. Março-Abril. 13 (2):151-157. Recuperado em 10 Novembro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200004&script=sci_arttext.

Costa Júnior, A.L.C. (1999). Psico-Oncologia e manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica: uma revisão de literatura In *Rev Psicologia Reflexão e Crítica.[Online]* Porto Alegre, RS. 12 (1): 1-12. Recuperado em 14 Agosto 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/188/18812107.pdf>.

_____ (2001) O desenvolvimento da Psico-Oncologia : implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde In *Rev Psicologia, Ciência e Profissão.[Online]* Brasília, DF. 21 (2):.1-13. Recuperado em 11 Agosto 2010 de http://www.sbp.org.br/_img/trabalhos/25/1.pdf.

_____ (2011) *O papel da Psicologia no atendimento a crianças com câncer*. Site do LABSAUDES. Recuperado em 03 Julho 2011 de http://vsites.unb.br/ip/labsaude/textos/o_papel.html.

Crepaldi, M. A. (1999). Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização.In *Rev Paideia [Online]* Ribeirão Preto, SP. 9 (16), 89-94. Recuperado em 7 Agosto 2011 de <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/bioetica.pdf>.

Critelli, Dulce Mara. (2007). *Analítica do Sentido. Uma aproximação e interpretação do real de orientação Fenomenológica*.(2ª ed.) São Paulo: Brasiliense.

Dartigues, Andre. (2008). *O que é a Fenomenologia?* (10ª ed.) São Paulo: Centauro.

- Dezorzi, Luciana Winterkorn.;Crossetti, Maria da Graça Oliveira. (2008). Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals in *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. Ribeirão Preto, SP. 16 (2): 212-217. Recuperado em 19 Março 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/07.pdf>.
- Dias, Silvana Maria Zarth ; Motta, Maria da Graça Corso. (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada in *Rev Ciência, Cuidado e Saúde.[Online]* Janeiro-Abril. Maringá, PR. 3 (1): 41-54.Recuperado em 5 julho 2011 de periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3507.
- Dimenstein, Magda (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde In *Estudos de Psicologia [Online]*. Natal, RN.5 (1): 95-121.Recuperado em 17 Maio 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf>.
- _____ (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva in *Rev Psicologia em estudo.[Online]* Julho-Dezembro.Maringá, PR. 6 (2): 57-63. Recuperado em 2 Agosto 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>.
- Diniz, Andrea Borges; Regis, Catarina de Andrade; Brito, Nilma Pimentel de; Conceição, Lílian Souza; Moreira, Lilia Maria Azevedo. (2005). Perfil Epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de Oncologia Pediátrica em Salvador-BA In *Rev Ciências Médicas e Biológicas.[Online]* Maio-Agosto. Salvador, BA. 4 (2):131-139. Recuperado em 19 Agosto 2010 de <http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1513/1/3451.pdf>.
- Doca, F. N.P & Costa Júnior, A.L; (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão in *Rev Paideia.[Online]* Ribeirão Preto, 17(37):167-179. Recuperado em 5 Agosto 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a02v17n37.pdf>.
- Duarte, Luciene Freitas (2008). *Um serviço de atenção psicológica à terceira idade: à pro-cura da demanda*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Duarte, Rodrigo; Naves, Gilzane. (2006). O ser-para-amorte em Heidegger. In *Rev de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas*. Recuperado em 28 Maio 2011 de <http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica/artigosn4v2/06-Filosofia.pdf>.
- Duarte, André. (2000) Por uma ética da precariedade: sobre o traço ético de *Ser e tempo*.In *Rev Natureza Humana [online]*. 2 (1):71-101. Recuperado em 20 Junho 2011 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302000000100003&script=sci_arttext

- Durá, E.; Ibanez, H. (2000). Psicooncologia: perspectivas futuras de investigación, intervención profesional In *Rev. Psicología, Saúde e doenças.[Online]* Novembro. Lisboa, Portugal. 1(1): 27-43. Recuperado em 15 Agosto 2011 de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862000000100004&script=sci_arttext.
- Dutra, Elza. (2002) A narrativa como uma técnica de pesquisa Fenomenológica In *Rev Estudos de Psicologia.[Online]*.Natal,RN. 7 (2): 371-378. Recuperado em 10 Janeiro 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>.
- _____ (2008). Afinal o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais? In *Rev Estudos e pesquisas em Psicologia da UERJ.[Online]*. Rio de Janeiro,RJ. 8(2): 221-234. Recuperado em 2 Junho 2010 de <http://www.revispsi.uerj.br/v8n2/artigos/pdf/v8n2a08.pdf>.
- Erthal, T.C.S. (1986). Abordagem existencial-humanista na psicoterapia.In *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.[Online]*. Rio de Janeiro, UFRJ. Março-Abril 35(2):83-90. Recuperado em 5 Agosto 2010 de http://bib.pucminas.br/arquivos/120000/121400/25_121494.htm.
- _____ (1989). *Terapia vivencial. Uma abordagem existencial em psicoterapia*. Petrópolis: Vozes.
- Falcón, Gladys Santos; Erdmann, Alocoque Lorenzini; Meirelles, Betina Hörner Schindwein. (2006). A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde In *Rev.Texto Contexto Enferm. [Online]*. Abril-Junho. Florianópolis, SC. 15(2):343-351.Refcuperado em 14 Junho 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200020.
- Fávero, Altair Alberto. (2011) *O ser humano e a transcendência*. Recuperado em 11 Julho 2011 em <http://www.nuep.org.br/art001.php?art=2>.
- Feuerwerker, Laura Camargo Macruz; Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira.(2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais in *Rev Ciência e Saúde Coletiva. [Online]*. Rio de Janeiro, RJ. 12(4): 965-971.
- Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo (2000). *A escuta e a fala em psicoterapia. Uma proposta fenomenológico-existencial*. São Paulo: Vetor.
- _____ (2004). A psicologia clínica: técnica e técnica in *Psicologia em Estudo*, Maringá,PR. 9(1):. 87-93.
- _____ (2011). A clínica daseinanalítica:considerações preliminares in *Revista da Abordagem Gestáltica*. Goiânia, Go. Janeiro-Junho. 16 (1): 30-36.

Fernandes-Barbosa, L.N.; Francisco, A. L. & Efken, K. H. (2007). Adoecimento: O Ser-para-a-Morte e o Sentido da Vida In *Rev Pesquisas e Práticas Psicossociais* [Online]. 2(1), São João Del-Rei, MG. Março-Agosto. 2 (1):1-7. Recuperado em 3 Maio 2011 de <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/7artigo.pdf>.

Figueiredo, M.T.A. (2005) Humanização da Finitude do Homem. Seção Cuidados Paliativos In *Rev Prática Hospitalar*. [Online]. Setembro-Outubro. São Paulo, SP. 7 (41). Recuperado em 10 Maio 2011 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2018-41.html>.

Figueiredo, Luís Claudio Mendonça. (1991). *Matrizes do pensamento psicológico*. (5ª ed.) Petrópolis: Vozes.

_____. (1996). *Revisitando as Psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. (2 ed revista e ampliada). São Paulo: Educ/Vozes.

Fornazari, Silvia Aparecida.; Ferreira, Renatha El Rafihi. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. In *Rev Psicologia Teoria e Pesquisa* [online]. 26 (2): 265-272. Recuperado em 7 Julho 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>.

Fornells, H.A. (2000). Cuidados paliativos en el domicilio in *Acta Bioethica*. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Santiago, Chile. 6(1):65-75.

Françoso, L.P.C. (1993). *Enfermagem: imagens e significados do câncer infantil*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

_____. (1996). Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de Oncologia Pediátrica In *Rev. Latino-americana enfermagem*. [Online]. Dezembro. Ribeirão Preto, SP. 4 (3):41-48. Recuperado em 5 Junho 2008 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300004

Françoso, L.P.C.; Valle, E.R.M. (1999). *Psico-Oncologia Pediátrica: vivências de crianças com câncer*. Ribeirão Preto: Scala.

Gadamer, Hans-George. (2006). *O caráter oculto da saúde*. (Tradução de Antônio Luz Costa). Petrópolis: Vozes.

Gargiúlo, C.A.; Melo, C.S.C.; Salimena, A.M.O.; Bara, V.M.F.; Souza, I.E.O. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas In *Rev Texto Contexto Enfermagem* [Online]. Outubro-Dezembro.

Florianópolis,SP. 16(4): 696-702. Recuperado em 18 Abril 2008 de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>.

Garófolo, A. (2005). Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica In *Rev. Nutrição*. Julho-Agosto. Campinas, SP. 18(4): 513-527. Recuperado em 12 Abril 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000400007&script=sci_arttext.

Gargiulo, Cínthia Aquino; Melo, M.C.S.C; Salimena. A.M.O; Bara, V.M.F; Souza, I.E.O (2007) Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas In *Rev Texto Contexto Enfermagem [Online]*. Outubro-Dezembro. Florianópolis,SC. 16(4): 696-702. Recuperado em 10 Maio 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>.

Giordani, Mário Curtis (1997). *Iniciação ao Existencialismo*. Petrópolis:Vozes.

Gonçalves, Gabriel Mattos; Shimizu, Alessandra de Moraes (2008). Reflexões sobre a formação ética nos cursos de graduação em Psicologia In *Rev científica eletrônica de Psicologia [Online]*. 7(10):1-7. Recuperado 5 Junho 2011 de <http://www.revista.inf.br/Psicologia10/pages/artigos/edic10anoVImaio2008-artigo04.pdf>.

Gonçalves, R.R; Garcia, F.A.F; Dantas, J.J; Ewald, A.P. (2008). Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de Fenomenologia, três grandes filósofos In *RevEstudos e pesquisas em Psicologia UERJ.[Online]*. Rio de Janeiro, RJ. 8 (2): 402-435. Recuperado em 17 Julho 2011 de <http://www.revispsi.uerj.br/v8n2/artigos/pdf/v8n2a19.pdf>.

Goto, Tommy Akira. (2008). *Introdução à Psicologia Fenomenológica. A nova Psicologia de Edmund Husserl.*(Col. Temas de Psicologia). São Paulo: Paulus.

Greening, Thomas e colaboradores. (1975). *Psicologia existencial-humanista*. Rio de Janeiro: Zahar.

Guerrero, Giselle Patrícia; Zago, Márcia Maria Fontão; Sawada, Namie Okino; Pinto, Maria Helena. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. In *Rev. Bras. Enfermagem. [Online]*. 64 (1): 53-59. Recuperado em 7 Agosto 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008

Guimaraes, Hélio Penna.; Avezum, Álvaro. (2007) O impacto da espiritualidade na saúde física In *Rev. psiquiatria. clínica [online]*.3 (1): 88-94. Recuperado em 5 Dezembro 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-0832007000700012&script=sci_abstract&tlng=pt

Gutierrez, B. A. O., Ciampone, M. H. T.(2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs In *Rev. Escola Enfermagem da USP [Online]*. Dezembro. São Paulo, SP. 41 (4):660-667. Recuperado em 10 Dezembro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/16.pdf>.

Heidegger, M.(1929). O que é a Metafísica? In *Os pensadores* (1979). Tradução de Ermildo Stein. São Paulo: Abril Cultural.

_____ (1967). Sobre o Humanismo. (Introdução, tradução e notas de Emmanuel Carneiro Leão) In *Os pensadores* (1979). São Paulo: Abril Cultural.

_____ (1981). *Todos nós... Ninguém. Um enfoque fenomenológico do social.* (Tradução e comentário de Dulce Mara Critelli). São Paulo: Moraes.

_____ (1999). *Ser e Tempo. Parte 1 e parte II.* (8ª ed.) Petrópolis: Vozes.

_____ (2001). *Serenidade.* Lisboa: Instituto Piaget.

_____ (2001). *Seminários de Zollikon.* Editado por Medard Boss. Petrópolis: Vozes.

_____ (2002). A questão da técnica. In: Heidegger, M. *Ensaios e conferências.* Petrópolis: Vozes.

_____ (2008). *O conceito de tempo.* (Prólogo, tradução e notas de Irene Borges-Duarte. 2 ed bilígue). Lisboa: Fim de Século.

_____ (2009) *Sobre o Humanismo.*(3ª ed. Biblioteca tempo universitário. Vol 5) São Paulo: Tempo brasileiro.

Holanda, Adriano Furtado. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa Fenomenológica In *Rev Análise Psicológica [Online]* 3 (24): 363-372. Recuperado em 2 Dezembro 2010 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>.

Holland, J; Rowland, J. (Eds.) (1990). *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford Press.

Holland, J.C. & Almanza-Muñoz, J. (2007). *La Psico-oncología en la proximidad del nuevo milenio.* Recuperado em 22 Maio 2008 de http://www.Psico-Oncologia.org/profesionales.php?_pago_pg=4.

Hospital AC Camargo (2009). *Cuidados Paliativos. Site do Hospital AC Camargo.* Recuperado em 16 Agosto 2009 de <http://www.hcanc.org.br/index.php?page=30>.

- Hospital AC Camargo.(2009) *Tudo sobre o câncer*. Site do Hospital AC Camargo link Tratamento. Recuperado em 21 Setembro 2009 de <http://www.hcanc.org.br/index.php?page=405>.
- Houaiss, Antônio.(2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia.
- Husserl, Edmund (2008). *A crise da humanidade européia e a Filosofia*. (3ª ed. Tradução e introdução de Urbano Zilles). Porto Alegre: EDIPUCS.
- INCA. Ministério da Saúde. (1988). *Portaria n.º 3.535 do Ministério da Saúde de 14/10/1998* Recuperado em 05 Junho 2011 de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual_Oncologia_2010.pdf.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (1992). Coordenação de Controle de Câncer (Pró-Onco). *O problema do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer (1997). Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pró-Onco). *O problema do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA
- INCA.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2001). *Manual de cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas*. Rio de Janeiro: INCA.
- INCA. Ministério da Saúde (2002). *Estimativas sobre o câncer no Brasil*. Recuperado em 19 Dezembro 2005 em <http://www.inca.gov.br/imprensa/arquivos.asp>. Acesso em 08 Mar 2008.
- INCA. Ministério da Saúde. (2007a). *Instituto Nacional de combate ao câncer*. Recuperado em 08 Março 2008 em <http://www.inca.gov.br/imprensa/arquivos.asp>. Acesso em 08 Mar 2008
- INCA. Ministério da Saúde (Brasil).(2007b). Secretaria de Atenção à Saúde. *Instituto Nacional de Câncer*. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil) (2008). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA.
- Inwood, Michael. (2004). *Heidegger*.(Coleção Mestres do pensar. Tradução Adayl Ubirajara Sobral). São Paulo: Loyola.
- Jesus, M. C.P.; Peixoto, M.R.B.; Cunha, M.H.F. (1998). O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e

Fenomenológicas In *Rev.latino-americana Enfermagem*. [Online]. Abril. Ribeirão Preto, SP. 6 (2): 29-35. Recuperado em 5 Setembro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13905.pdf>.

Jolivet, Régis. (1953) *As doutrinas existencialistas*. (Tradução portuguesa de Antonio de Queirós Vasconcelos e Lencastre). Porto: Livraria Tavares-Martins.

Kahlmeyer-Mertens, Roberto S. (2005) Resenha Loparic, Zeljko. Ética e finitude. São Paulo: Escuta (2004) In *Princípios: Revista de Filosofia UFRN*. [Online] Natal, RN. 12(17-18):1-5. Recuperado 20 Junho 2011 de <http://www.principios.cchla.ufrn.br/17-18P-205-209.pdf>.

Kastenbaum, R; Aisenberg, R. (1983) *Psicologia da Morte*. Livraria Pioneira Editora: São Paulo.

Koenig, H.G. (2007). Religião, espiritualidade e Psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental In *Rev. Psiquiatria clínica*. [online]. São Paulo, SP. 34 (1): 5-7. Recuperado em 20 Julho 2011 de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/5.html>.

Kovács, Maria Julia. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: Cassorla, R.M.S. (org). *Da morte: estudos brasileiros* (79-103). Campinas: Papirus.

_____ (2002). *Educação para a morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. Tese de Livre Docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____ (2003a). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2003b). Bioética nas questões da vida e da morte in *Revista Psicologia USP*, São Paulo, SP. 14(2:), 115-167. Recuperado em 21 Dezembro de 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>

_____ (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer In *Rev Paideia*. Ribeirão Preto, SP. 18(41):457-468. Recuperado em 30 Maio 2009 de <http://www.scielo.br/paideia>.

_____ (2009). Autonomia e o direito de morrer com dignidade in *Revista Bioética*. Conselho Federal de Medicina. 6 (1): 1-8. Recuperado em 20 Dezembro de 2011 de http://seer.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326/394.

Kóvacs, M. J.; Esslinger, I.; Vaiciunas, N.; Souza, T. M. (2008). Cuidando do Cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. In *Rev. Mundo da Saúde* [Online].

Janeiro-Março. São Paulo, SP. 32(1): 24-30. Recuperado em 14 Agosto 2010 de http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/24a30.pdf.

L'Abbate, Solange. (1994). Educação em Saúde: uma Nova Abordagem in *Cad. Saúde Pública*. [Online]. Outubro-Dezembro. Rio de Janeiro, RJ. 10 (4):481-490. Recuperado em 14 Setembro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>.

LeShan, L.O. (1992). *Câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus.

Lervolino, S.A.; Pelicioni, M.C.F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde In *Rev Escola Enfermagem USP*. [Online]. Ribeirão Preto, SP. Junho. 35 (2):115-21. Recuperado em 10 Abril 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>

Lima, R.G.P. (1990). *O processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações em um hospital-escola*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Lira, M.G.; Sepúlveda, J.D. (1994). Cuidados paliativos In *Boletim Escola de Medicina do Chile*. Santiago, Vol. 23: 193-195.

Loparic, Zeljko. (2004a). *Heidegger*. (Col. Filosofia; Col. Passo a passo. Vol. 32). Rio de Janeiro: Zahar.

Loparic, Zeljko. (2004b). *Ética e finitude*. São Paulo: Escuta.

Lopes, R.L.M.; Souza, I.E.O. (1997). A Fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. In *Rev. latino-am. enfermagem* [Online]. Julho. Ribeirão Preto, SP. 5 (3): 05-11. Recuperado em 3 Fevereiro 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a02.pdf>.

Love, R.R. (1990) Introdução In *Manual de Oncologia Clínica*. São Paulo: Fundação Oncocentro.

Maslow, Abraham. (1962). *Introdução à Psicologia do Ser*. (2.ed). Rio de Janeiro: Eldorado.

Mattar, Cristine Monteiro; Sá, Roberto Novaes de (2008). Os sentidos de análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia In *Rev Estudo pesquisa Psicologia* [online]. Rio de Janeiro, UERJ. 8 (2): 191-203. Recuperado em 17 Abril 2011 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n2/v8n2a05.pdf>

Martins, J. (1992) *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poésis*. São Paulo: Cortez.

- May, Rollo. (1988b). *Psicologia existencial*. (5 ed; Tradução e ensaio introdutório de Ernani Pereira Xavier). São Paulo: Globo.
- Medeiros, P. F de.; Bernardes, A. G.; Guareschi, N. M. F. (2005). O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas in *Rev Teoria e Pesquisa [Online]*. Setembro-Dezembro. 2 (3): 263-269. Recuperado em 17 Novembro 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a02v21n3.pdf>.
- Melo, L.L.; Valle, E.R.M. (1998). Equipe de enfermagem: experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos in *Rev Escola de Enfermagem da USP [Online]*. Ribeirão Preto, SP. Dezembro. 32 (4): 325-34. Recuperado em 10 Novembro 2008 de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/449.pdf>.
- Michelazzo, José Carlos. (1999). *Do um como princípio ao dois como unidade. Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP, Anablume.
- Morato, H.T.P. (Coord). (1999). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. Novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, Daniel Augusto. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Madeira, I.R. (2011). A bioética pediátrica e a autonomia da criança in *Revista Residência Pediátrica*. 1(Supl. 1):10-4. Recuperado em 22 Dezembro de 2011 de http://www.residenciapediatria.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=27.
- Machado, Claudia Egypto.; Jorge, Maria Salete Bessa (2005) Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível in *RevEstudos de Psicologia Campinas.[Online]*. Abril-Junho. 22(2):197-204 Recuperado em 28 Setembro 2010 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200009&lng=pt&nrm=iso.
- Michelazzo, J.C. (1999). *Do um como princípio ao dois como unidade. Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP Anablume.
- Morato, Henriete Togneti Penha. (2000) *Prática Psicológica em Instituições: ação política*. Comunicação do VIII Simpósio Anpepp. Recuperado em 2 setembro 2010 de http://www.lefeusp.net/arquivos_diversos/VIII_simposio_anpepp/textos%20pesquisadores/morato08.pdf
- Moreira, Virgínia. (2009). A Gestalt-Terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa São Enfoques Fenomenológicos? In *Rev Abordagem Gestáltica. [Online]* Janeiro-Junho. Goiânia, GO.15(1):3-12. Recuperado em 14 Setembro 2010 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672009000100002&script=sci_arttext&lng=es

- Moreira-Almeida, Alexander. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. In *Rev. psiquiatria clínica. [online]*. 34 (1):3-4. Recuperado em 3 Maio 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Morin Edgar (2001). *Introdução ao pensamento complexo*.(3a ed.) Lisboa: Stória Editores Ltda.
- _____ (2004). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez.
- Mota, Roberta Araújo.; Martins, C.G.M.; Vêras, R. M. (2006). O papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar In *Rev Psicologia em Estudo. [Online]*. Maio-Agosto. Maringá, PR. 11 (2): 323-330. Recuperado em 2 Junho 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>
- Motta, A. B.; Enumo, S. R. F. (2004a). Câncer infantil: uma proposta de avaliação de estratégias de enfrentamento da hospitalização. In *Rev. Psicologia em Estudo*. Maringá, PR. 9(1): 19-28. Recuperado em 5 Setembro 2009 de http://www.oncopediatria.org.br/sites/oncopediatria.org.br/files/MOTTA_CANCER_INFANTIL_UMA_PROPOSTA_DE_AVALIACAO_DAS.pdf
- Motta, A.B.; Enumo, S.R.F. (2004b). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. In *Rev. Psicologia, saúde e doenças*. Lisboa, V. 3 (1): 23-41.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Califórnia: Thousands Oaks: Sage. Recuperado em 3 Julho 2011 de http://www.inside-installations.org/OCMT/mydocs/Microsoft%20Word%20-%20Booksummary_Phenomenological_Research_Methods_SMAK_2.pdf
- Lessa, Jadir Machado; Sá, Roberto Novaes. (2006). A relação psicoterapêutica na abordagem fenomenológico existencial in *Rev Análise Psicológica.[Online]* 3 (24):393-397. Recuperado em 7 Outubro 2010 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a13.pdf>.
- Murillo, M. & Prada, A.A. (2006). *Tratamiento psicossomáticos en el paciente com câncer* In *Rev Colombiana de Psiquiatria.[Online]*. Bogotá, Colômbia. 5 (35):1-20. Recuperado em 8 Setembro 2010 de <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/7.%20art.%20original%20tratamientos%20de%20medicina%20psicosom%E1tica%20en%20c%E1ncer.pdf>
- Neto, Otávio Cruz; Moreira, Marcelo Rasga; Sucena, Luiz Fernando Mazzei (2002). *Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. FIOCRUZ/ENSP/DCS. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto-

MG, Brasil. Recuperado em 21 Maio 2011 de http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf.

Nogueira, Roberto Passos. (2008). Extensão Fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger in *Rev Ciência & Saúde Coletiva [Online]*. Rio de Janeiro, RJ. 16(1): 259-266. Recuperado em 27 Maio 2010 de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100028&script=sci_arttext

Nunes, Benedito. (2004). *Heidegger & Ser e Tempo*. (Coleção Passo a passo. Vol.6). Rio de Janeiro: Zahar.

Organização Mundial da Saúde/OMS (1999). *Alívio del dor y tratamiento paliativo em el câncer infantil*. Genebra: Biblioteca da OMS.

Organização Mundial de Saúde/OMS. (2007). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con câncer avanzado*. Site da OMS. Recuperado em 16 Agosto 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es>.

Organização Panamericana de Saúde (2008). Recuperado em 06 Agosto 2008 em <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-stakeholders-08.htm>

Paro, Daniela.; Paro, Juliana.; Ferreira, Daise M.L. (2005). O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica in *Rev Arquivos de Ciências da Saúde*. [Online] Julho=Setembro. Ribeirão Preto-SP. 12(3):151-157. Recuperado em 6 Outubro 2010 de http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-3/06%20-%20ID132.pdf.

Pasqua, Herve. (1993). *Introdução a leitura do Ser e Tempo de Martin Heidegger*. Lisboa: Instituto Piaget.

Pedrosa, Arli Melo.; Monteiro, H.; Lins, K.; Pedrosa, F.; Melo, C. (2007). Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP In *Rev Brasileira Saúde Materno Infantil [Online]* Janeiro-Março. Recife-PE. 7 (1): 99-106. Recuperado em 12 Agosto 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a12v07n1.pdf>.

Pedro E.N.R; Funghetto, S.S. (2005). Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer in *Rev Gaúcha de Enfermagem*. [Online]. Porto Alegre. Agosto. 26(2): 210-219. Recuperado em 3 Setembro 2009 de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4573/2507>.

Perez, S.R.S. (2004). *Ser-no-mundo com a criança portadora de câncer: compreendendo a experiência de psicólogos nos serviços de Oncologia*

Pediátrica de Natal-RN. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

- Perina, E.M. (1994). Câncer infantil: a difícil trajetória In Carvalho, M.M. (1994). *Introdução à Psico-Oncologia*. Campinas: Psy II.
- Pessini, Leo (2005). Cuidados Paliativos: Alguns Aspectos Conceituais, Biográficos e Éticos. Seção Cuidados Paliativos in *Rev Prática Hospitalar*. [Online]. São Paulo. Setembro-Outubro. 6 (41). Recuperado em 2 Julho 2010 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>
- Oliveira, Tânia Regina Barbosa.(2007) Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde In *Rev.Saúde.Com. [Online]* 3(1): 20-27. Recuperado em 3 Setembro 2010 de <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>
- Oliveira, J.R; Brêtas, J.R. da Silva; Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. In *Rev. Escola Enferm. USP*. São Paulo. Setembro. 41 (3): 386-94.
- Pinto, Cândida.; Ribeiro, José Luís.(2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida in *Rev. Port. Saude Pública. [Online]*. Janeiro-Junho.Lisboa, 28 (1). Recuperado em 2 Maio 2011 de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/resumos/vol-1-2010/05-Avaliacao%20da%20espiritualidade%20dos%20sobreviventes%20de%20cancro.pdf>
- Pinhi. L. M. O.; Barbosa. M. A. (2008). A Morte e o Morrer no Cotidiano de Docentes de Enfermagem In *Rev de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, RJ.Abril-Junho.16(2):243-248. Recuperado em 8 Outubro 2008 de <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17.pdf>.
- Poles, K., Bousso, R. S.(2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. In *Rev. Latino-Americana Enfermagem. [Online]* Ribeirão Preto, SP.Março-Abril. 14 (2): 207-213. Recuperado em 7 setembro 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>
- Rabin, E.G. (2004). A construção histórica da Psico-Oncologia In Azevedo, D.R.; Barros, M.C.M.; Muller, M.C (Orgs). (2004). *Psico-Oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Rebouças, Melina; Dutra, Elza (2010). Plantão Psicológico: uma Prática Clínica da Contemporaneidade in *Rev Abordagem Gestáltica [Online]*. Janeiro-Julho. Goiânia, GO. 16 (1):19-28. Recuperado em 19 Maio 2011 de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100004.

Ramalho, M.A.N.; Nogueira-Martins, M. C.F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica in *Rev Psicologia em Estudo* [Online]. Maringá, PR. Janeiro-Abril. 12 (1): 123-132. Recuperado em 1 Maio 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a14.pdf>.

Redd, W. (1991). Physiologic and Psychobehavioral research in *Oncology. Cancer*. 67 :813-22.

Reis, R. S.; Santos, M.O.; Thuler, L.C.S. (2007). Incidência de tumores pediátricos no Brasil In *Rev Brasileira de Cancerologia* [Online]. Rio de Janeiro, INCA. 53(1): 5-15. Recuperado em 4 Junho 2010 de http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/artigo1.pdf.

Rego, S. & Palácios, M. (2006). A Finitude Humana e a Saúde Pública. In *Cad. Saúde Pública* [Online]. Agosto. Rio de Janeiro. 22(8):1755-1760. Recuperado em 4 Junho 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800025&script=sci_arttext.

Rodrigues, A. B; Chaves, E.C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses In *Rev Latino-americana Enfermagem*. Janeiro-fevereiro. Ribeirão Preto, SP. 16(1): 24-28. Recuperado em 8 Setembro 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/03.pdf>.

Rogers, Carl (1983). *Um jeito de ser*. (Tradução de Maria Cristina Machado Kupfer. Revisão da tradução por Maria Helena Souza Patto). São Paulo: EPU.

Romero, E. (1997). *O Inquilino do Imaginário: Formas de Alienação e Psicopatologia*. São Paulo: Lemos Editorial.

Sá, Roberto Novaes (2001). A noção Heideggeriana de cuidado (sorge) e a clínica psicoterápica In Souza, R.T; Oliveira, N.F.O. (Orgs).(2001). *Fenomenologia hoje: existência, ser e sentido no alvorecer do século XX*. (Coleção Filosofia 129). Porto Alegre: EDPUCRS.

(2007) As influências da Fenomenologia e do Existencialismo na Psicologia in Jacó-Vilela, Ana Maria et al. (Orgs) (2007). *História da Psicologia rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau.

(2009) Práticas psicológicas clínica, verdade e liberdade: reflexões Fenomenológicas In *Anais do IX Simpósio nacional de Práticas Clínicas em Instituições*. (63-74) . Recife: LACLIFE, UNICAP. Recuperado em 2 outubro 2010 de <http://laclife.files.wordpress.com/2009/10/click-na-figur-para-baixar-o-artigo-de-roberto1.pdf>.

- _____ (2010). A Analítica do Dasein de Martin Heidegger In Feijoo, A.M.L.C. (Org) (2010). *Tédio e finitude: da Filosofia à Psicologia*. Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa.
- Safra, Gilberto (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida,: Ideias e Letras.
- Sakamoto, L.H. (2005). A Outra Face do Cuidar: como o ensino médico pode mudar a assistência às crianças com câncer sem possibilidade de cura. Seção Cuidados Paliativos In *Rev Prática Hospitalar [Online]*. Setembro-Outubro. São Paulo, SP. 7(41). Recuperado em 23 Março 2009 de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2026-41.html>.
- Saloum, N. H., Boemer, M. R.(1999) A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca In *Rev. Latino-Americana Enfermagem [Online]*. Dezembro. Ribeirão Preto, SP. 7 (5):109-120. Recuperado em 2 Junho 2009 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13511.pdf>.
- Sarte, J.P. (1978). *O Existencialismo é um Humanismo*. (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural.
- Santos, M. E.M. (2002). *A criança e o câncer*. Desafios de uma prática em Psico-Oncologia . Recife: Ag Botelho.
- Santos, R. B. (2006). *Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva Heideggeriana*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.
- Santos, M.C.L; Pagliuca,L.M.F; Fernandes, A.F.C. (2007) cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad in *Rev Latino-am Enfermagem*. Março-abril; 15(2):183-187. Recuperado em 13 julho 2010 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a24.pdf.
- Segre, M., Cohen, C. (Orgs.). (1995). *Bioética*. São Paulo: Edusp.
- Serrano-Garcia, I.; Collazo, W. R. (1992). *Contribuciones portorriqueñas a la Psicología social-comunitaria*. Rio Piedras: Editorial de La Universidad de Puerto Rico.
- Schmidt, Maria Luiza Sandoval. (1990). *A experiência de psicólogas na comunicação de massa*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Schmidt, Maria Luiza Sandoval. (2006). Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. *Psicol. USP [online]*. São Paulo SP. 17 (2): 11-41. Recuperado em 22 de maio de 2011 de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v17n2/v17n2a02.pdf>

- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer In *Rev. Bras. Enfermagem*. [Online]. Maio-Junho. 60 (3): 257-262. Recuperado em 12 Maio 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a02.pdf>.
- Silva, R.C.F.(2004). Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde in *Rev Brasileira de Cancerologia INCA* [Online]. Rio de Janeiro. 50(3): 269. Recuperado em 19 Agosto 2009 de http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v03/pdf/RESUMO1.pdf.
- Silva, C. A.; Carvalho, L. S.; Santos, A. C. P de.; Menezes, M. R. (2007) Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos In *Rev Texto Contexto Enfermagem*[Online]. Janeiro-Março. Florianópolis, SC. 16(1): 97-104. Recuperado em 16 Setembro 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a12v16n1.pdf>.
- Silva, Jovânia Marques de Oliveira.; Lopes, Regina Lúcia Mendonça.; Diniz, Normélia Maria Freire. (2006). Fenomenologia In *Rev Brasileira Enfermagem* [Online].Março-Abril Brasília, DF. 61(2): 254-257. Recuperado em 17 Junho 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200018.
- Simoni, M. de.; Santos, M. L. dos. (2003). Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem In *Rev USP*. São Paulo, SP. 14 (2):169-194. Recuperado em 23 Abril 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a09v14n2.pdf>.
- Sontag, Susan. (1984). *A Doença como metáfora* (09-108). Rio de Janeiro: Graal.
- Spanoudis, Solon. (1981). A todos que procuram o próprio caminho in Heidegger, Martin (1981) *Todos nós... ninguém. Um enfoque fenomenológico do social*. (Tradução de Dulce Mara Critelli. Apresentação, introdução notas e epílogo de Solon Spanoudis). São Paulo: Moraes.
- Susaki, T. T.; Silva M. J. P.; Possari J. F. (2006). Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem In *Acta Paul Enferm*. [Online]. 19(2):144-149. Recuperado em 25 Maio 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Szymanski, Heloisa.; Cury, Vera Engler. (2004). A pesquisa intervenção em Psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. In *Rev Estud. psicologia* [online]. Natal, RN .9 (2):. 355-364. Recuperado em 2 Junho 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200018&script=sci_arttext.
- Szymanski, Heloisa. (2004) Plantão psicoeducativo: novas perspectivas para a prática e pesquisa em Psicologia da educação. In *Rev Psicol. educ.* [online].

19:169-182. Recuperado em 28 Maio 2010 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a09.pdf>.

Tenório, Carlene Maria Dias (2003) A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem Fenomenológica-existencial in *Rev Universitas Ciências da Saúde [Online]*. Brasília: UNICEUB. 1 (1): 31-44. Recuperado em 3 Junho 2009 de <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/viewFile/493/315>.

Tonetto, L. M.; Rech, T. (2001). Lidar com a terminalidade: um desafio para o psicólogo In *Revista Psico [Online]*. 32(1): 5-6.

Tonetto, Aline Maria; Gomes, William Barbosa (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar In *Rev Estudos de Psicologia.[Online]* NJaneiro-Março. Campinas, SP. 24(1): 89-98. Recuperado em 2 Junho 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a10.pdf>

Torres, W.C (1999). *A criança diante da morte. Desafios*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Trill, Maria Die. (2009). *Un alivio para los pequeños oncológicos terminals*. Recuperado em 21 Setembro 2009 de http://www.Psico-Oncologia.org/psicomundo.php?_pagi_pg=8 e <http://diariomedicovd.recoletos.es/entorno/ent070799com.html>.

Turato, E.R. (2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2 ed). Petrópolis: Vozes.

União internacional de combate ao câncer/UICC (2008). *Site da UICC*. Recuperado em 06 Agosto 2008. De http://www.uicc.org/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1.

Valle, E.R.M. (1994). Vivências da família da criança com câncer in Carvalho, M.M. (1994). *Introdução a Psico-Oncologia*. Campinas: Psy II.

_____ (1995). *Câncer infantil e Psicologia Fenomenológica: compreender e agir*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

_____ (1997). *Câncer Infantil. Compreender e Agir*. Campinas: Psy.

_____(Org).(2001). *Psico-Oncologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do psicólogo.

_____ (2003). Acompanhamento psicológico em Oncologia Pediátrica In Angerami-Camon, V. A. (Org). (2003). *O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial*. São Paulo: Thomson.

- Valle, R.R.M. (2004a). Psico-Oncologia Pediátrica: fé e esperança como recursos existenciais In Angerami-Camon, V. A. (Org) (2004). *Vanguarda em psicoterapia fenomenológico-existencial*. São Paulo: Thomson.
- _____ (2004b). Acompanhamento psicológico em Oncologia Pediátrica in Angerami-Camon, W.A (Org). *O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial*. São Paulo: Thomson.
- Valle, E.R.M & Vendruscolo, J. (1996). A família da criança com câncer diante do diagnóstico da doença. Encontros iniciais com a psicóloga In *Rev Pediatría Moderna*. Dezembro. São Paulo, SP. 32 (7): 1-10.
- Vattimo, Gianni. (1996). *Introdução a Heidegger*. (Coleção Pensamento e Filosofia. 10ª ed.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Venâncio, Juliana. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama In *Rev Brasileira de Cancerologia INCA*. Rio de Janeiro. 50(1):55-63. Recuperado em 7 Agosto 2010 de http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf.
- Viana, L.G. (2004). *Mães acompanhantes de filhos com câncer: um estudo compreensivo*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE.
- Vincent, S.P. (2007). Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica in *Rev Brasileira de Cancerologia INCA*. [Online]. Rio de Janeiro. 53(1): 79-85. Recuperado em 9 Agosto 2009 em http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/secao_especial2.pdf.
- Voute, P. (1990). Câncer na infância In *Manual de Oncologia Clínica*. União internacional de combate ao câncer: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Younes, R.N. (2001). *O Câncer*. São Paulo: Publifolha.
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Zilles, Urbano. (2008) Introdução in Husserl, Edmund. *A crise da humanidade européia e a Filosofia*. (Introdução e tradução de Urbano Zilles. 3ª ed. Coleção Filosofia 41). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- _____ A Fenomenologia husserliana como método radical in Husserl, Edmund. *A crise da humanidade européia e a Filosofia*. (Introdução e tradução de Urbano Zilles. 3ª ed. Coleção Filosofia 41). Porto Alegre: EDIPUCRS.

APÊNDICES

APÊNDICE A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO/UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 10 de dezembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Ângela Nobre de Andrade
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "**Cuidado em oncologia pediátrica: concepções e práticas de psicólogos em Recife-PE**".

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 234/09 intitulado: "**Cuidado em oncologia pediátrica: concepções e práticas de psicólogos em Recife-PE**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 09 de dezembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

**APENDICE B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER /HOSPITAL DE
CÂNCER DE PERNAMBUCO (HCP)**



DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto de Pesquisa nº 03/2010 intitulado: "CUIDADO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PSICÓLOGOS EM RECIFE-PE", apresentado pela pesquisadora **Silvia Raquel Santos de Moraes**, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer / Hospital de Câncer de Pernambuco.

Recife, 09 de fevereiro de 2010.

Atenciosamente,

Dr. Glauber Leitão
Coordenador

Comissão de Ética em Pesquisa
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
Hospital de Câncer de Pernambuco

**APENDICE C- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO OSWALDO
CRUZ/UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/UPE**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE**

Reunião: 27/04/2010

Protocolo CEP – HUOC/PROCAPE:nº 68/2010
CAAE: Projeto já aprovado em outro CEP

Projeto: Cuidado em Oncologia Pediátrica: Concepções de psicólogos em Recife-PE

Pesquisador Principal: Sílvia Raquel Santos de Morais

Resultado:

- Resultado do Projeto – **APROVADO** com o número 03/2010 no Comitê de Ética em pesquisa em seres Humanos da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer / Hospital do Câncer de Pernambuco em 09 de fevereiro de 2010 e **APROVADO** com ad referendum no Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do HUOC/PROCAPE com homologação no dia 25 de maio de 2010.

Magaly Bushátsky
Vice-coordenadora
CEP-HUOC/PROCAPE

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O objetivo deste trabalho de doutorado é conhecer e avaliar as práticas de psicólogos em Oncologia Pediátrica no município de Recife-PE. Para haver um registro das narrativas bem como o relato dos sentimentos, ideias e comportamentos dos profissionais colaboradores acerca do tema proposto, serão realizadas entrevistas individuais, que poderão durar aproximadamente uma hora. Durante essas entrevistas, serão feitas perguntas visando alcançar os objetivos desta pesquisa dentro do intuito maior, que é contribuir para a construção do conhecimento científico.

Com a finalidade de se trabalhar dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa psicológica, o informante tomará ciência dos princípios abaixo discriminados e que regerão sua participação.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa _____ no dia ___/___/_____ sob o número _____. Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar deste projeto científico, bem instruído neste termo de consentimento, de acordo com os seguintes princípios:

Autonomia: Considero preservada minha participação como voluntário(a), sem coerção pessoal ou institucional, dando minha permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassete. Estou ciente de que sou livre para recusar e dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão

que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu contento.

Beneficência: Estou ciente de que poderá não haver benefícios diretos para mim enquanto entrevistado deste estudo, além de eventuais ganhos altruísticos e emocionais de poder falar sobre o assunto em pauta. Estou ciente de que também poderá haver benefícios diretos para minhas atividades profissionais ou para a instituição onde trabalho, mas sei que poderá haver alguma mudança positiva na abordagem de problemas de saúde após outros profissionais e outras instituições tomarem conhecimento das conclusões desta pesquisa.

Não maleficência: Estou ciente de que estará garantida a não invasão de minha privacidade. Sei que, além do pesquisador, o material coletado na entrevista poderá ser conhecido por colegas pesquisadores, especialistas da área, ou seja, poderão conhecer trechos do conteúdo para discussão dos resultados, mas meu nome será omitido e essas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo. O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo sob a forma de tese de doutorado, inclusive para apresentação em eventos científicos e publicações em periódicos e revistas especializadas, podendo conter citações literais da entrevista, mas sempre de modo anônimo e evitando a identificação do informante. Finalmente, estou ciente de que serei respeitado (a) quanto a não ter tocado aspectos de foro íntimo, a não ser quando for de minha concordância abordá-los.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Pesquisador: _____

Colaborador: _____

Entrevista n.º. _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Em caso de esclarecimentos ou reclamações sobre os aspectos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de ética e pesquisa da UFES através do fone (27. 3335 2711) e/ou em caso de demais esclarecimentos que se fizerem necessários, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Silvia Raquel Santos de Moraes (telefone 87. 8832.7019; email silviamorays@yahoo.com.br) e Ângela Nobre de Andrade (telefone 27. 9941.8621; email anobre@terra.com.br).

ANEXO B- ENTREVISTA INDIVIDUAL

Perguntas norteadoras:

Como é para vocês trabalhar com crianças que têm câncer?

Como você concebe o cuidado em Oncologia Pediátrica?

ANEXO C- TEMA DO GRUPO FOCAL

Vamos discutir sobre o tema: Cuidado em Oncologia Pediátrica: Concepções e práticas de psicólogos.