

# OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM CÂNCER

Renata Rios Silva de Melo<sup>1</sup>

Karla Thayse Mendes Soares<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho é uma “Revisão de Literatura”, com vistas a identificar as dificuldades/desafios dos profissionais de enfermagem durante a assistência aos pacientes em oncologia pediátrica, assim como descrever fatores, relacionados aos desafios, que comprometem uma assistência integral à pacientes pediátricos com câncer. O estudo foi dividido em categorias para melhor aprofundamento da discussão, são estas: Assistência à família do paciente oncológico; Comunicação Equipe X família / paciente; Processo morte-morrer; Dificuldades em lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas; e Carga psíquica.

**Palavras-chave:** Oncologia pediátrica; Câncer infantil; Desafios de enfermagem.

## THE CHALLENGES OF THE NURSING TEAM IN CARING FOR PEDIATRIC CANCER PATIENTS

### ABSTRACT

This work is a “Literature Review”, in order to identify the difficulties / challenges of nursing professionals during patient care in pediatric oncology, as well as describe factors related to the challenges that undermine comprehensive care for pediatric cancer patients. The study was divided into categories for better depth discussion, these are: Assistance to the family of cancer patients; Family communication Team X / patient; Death-dying process; Difficulties in dealing with patients beyond cure; and Psychic load.

**Keywords:** Pediatric oncology; Childhood cancer; Nursing challenges.

## 1 INTRODUÇÃO

Oncologia pediátrica é um tema visto com pesar, já que atinge uma faixa etária cheia de projetos, anseios, sonhos e realizações. Assim como a família,

a equipe de enfermagem, por vezes, não acredita e não aceita tal comorbidade, tendo dificuldades em lidar com situações de sofrimento, impotência e frustração.

---

**1** Enfermeira em Unidade Oncológica em Hospital Pediátrico. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica pela Faculdade Atualiza. *E-mail:* [rriosds@hotmail.com](mailto:rriosds@hotmail.com).

**2** Enfermeira. Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica pela Faculdade Atualiza. *E-mail:* [karlathayse@yahoo.com.br](mailto:karlathayse@yahoo.com.br)

Ao longo do tratamento, as crianças passam por processos dolorosos tanto físicos como psicológicos, desgastantes tanto para o paciente quanto para a família, e cabe à enfermagem orientá-los e confortá-los a cada momento.

Durante esse processo, faz-se necessária a presença de uma equipe de enfermagem coesa, comprometida, humanizada, acolhedora e com conhecimento sobre o processo saúde-doença, morte-morrer, para que tenha condições de compreender e melhor atender às necessidades desse núcleo familiar. O INCA refere que:

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si, é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança será inserida no contexto da família. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Neste sentido, não deve faltar a ele, desde o início do tratamento, o apoio psicossocial.

Segundo Soares (2011 apud LINS, 2011), os efeitos da hospitalização na criança podem variar em função de sua idade, das experiências prévias de internamento, de determinadas variáveis individuais e, especialmente, do repertório de habilidades de enfrentamento de cada um.” Sendo assim, a equipe de enfermagem envolvida no tratamento destes pacientes deve estar preparada para identificar as carências, dúvidas, medos e reações por vezes inerentes ao estágio da doença, para que não interprete erroneamente o comportamento dos mesmos e se frustre quando o resultado do tratamento não for o esperado.

A complexidade do cuidar, seja este curativo ou paliativo, é cada vez mais explorada e exigida do profissional de enfermagem. Ele desenvolve funções que vão além das administrativas e técnicas: o papel de educador e provedor do bem-estar do paciente e da família. Alguns profissionais, contudo, se deparam com desafios frente à assistência, seja por limitações pessoais, conhecimento insuficiente ou comprometimento do cuidar holístico.

Durante esse processo, desenvolvem-se mecanismos de defesa pela equipe de enfermagem que devem ser avaliados, pois muitos deles acabam por prejudicá-la psicologicamente. Bloqueios em abordar alguns assuntos, como a progressão da doença ou até sobre a morte e o desenvolvimento de mecanismos de defesa da equipe também serão descritos ao longo do trabalho.

Por inquietude de uma das autoras, durante a prática em enfermaria oncopediátrica, ao notar mudanças comportamentais e na forma de interagir e cuidar por parte da equipe de enfermagem, a proposta do trabalho foi responder ao seguinte questionamento: Quais são os desafios dos profissionais de enfermagem durante a assistência aos pacientes oncológicos pediátricos? Teve como objetivo geral identificar desafios dos profissionais de enfermagem durante a assistência aos pacientes em oncologia pediátrica e, como objetivo específico, descrever fatores relacionados aos desafios que comprometem uma assistência integral a pacientes pediátricos com câncer.

A pesquisa foi bibliográfica visando à construção de um artigo de revisão literária e, assim, atender aos objetivos propostos. Segundo Antônio Carlos Gil (1996), o estudo bibliográfico é desenvolvido a partir de material já elaborado, construído principalmente de capítulos de livros e artigos científicos.

Para esta revisão, foi utilizada a leitura sistemática, a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e discussão acerca dos desafios da equipe de enfermagem no cuidar de pacientes pediátricos com câncer, bem como a repercussão dos mesmos.

Utilizou-se o *site* [www.bireme.br](http://www.bireme.br) e, após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), identificaram-se os descritores: oncologia pediátrica, câncer infantil e desafios da enfermagem oncológica. Como critérios de inclusão, foram publicações no idioma português.

Para a elaboração deste estudo, foram consultados também periódicos indexados no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), através de uma pesquisa de artigos científicos publicados sobre a temática. Para isto, incluímos as publicações sobre o tema, encontradas nos períodos de 1996 a 2009, sendo selecionados 09 (nove) artigos referentes ao objeto deste estudo.

Selecionamos, ainda, artigos do Diretório de Artigos Científicos e Net Saber utilizando os descritores citados acima. A pesquisa foi complementada com capítulos de dois livros de Fonseca (2000) e Malagutti (2011).

## 2 DESENVOLVIMENTO

Realizada a análise das informações obtidas através das fontes supracitadas, consolidando aquelas que se enquadravam no propósito do nosso trabalho, optou-se por destacar quatro categorias as quais descrevem os desafios encontrados pela equipe de enfermagem durante a assistência de enfermagem em pacientes oncológicos pediátricos: Assistência à família do paciente oncológico; Comunicação equipe x família x paciente; Processo morte-morrer; Dificuldades em lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas; e Carga psíquica.

### 2.1 Assistência à família do paciente oncológico

A doença e a hospitalização, especialmente em oncologia pediátrica, exigem da equipe de enfermagem, além das funções administrativas e técnicas, o papel de educador e provedor do bem-estar do paciente e da família. Segundo Lins, (2011 apud MALAGUTTI, 2011), o ambiente hospitalar é um local assustador para a criança, pois, além de causar o distanciamento de seu ambiente familiar, tem a realização de procedimentos dolorosos, a aproximação constante de pessoas estranhas, agentes estressores para ela e sua família.

Referido por Soares (2011), um dos problemas existentes na hospitalização infantil é o descuido de aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos envolvidos nesta situação, uma vez que as equipes, ao assumirem o cuidado a esses pacientes, não inserem a família, excluindo-a das decisões relacionadas à saúde de seu filho.

Os familiares merecem cuidado desde o instante da comunicação do diagnóstico, pois este é o momento de maior impacto, que desencadeará as dúvidas, o sentimento de culpa e a relação de confiança com a equipe assistente (MENDES, 2011).

A dificuldade do profissional de enfermagem em assistir pacientes e familiares se baseia, principalmente, na inexperiência com este tipo de clientela tão diferenciada, pouco conhecimento da doença e seu processo, o que impossibilita uma interação acolhedora e esclarecedora.

Como descrito por Albuquerque et al. (2011), os representantes dos serviços de saúde nem sempre compreendem os espaços e atores sociais, e acabam guiando suas ações pela visão do poder, dificultando, assim, a construção de uma relação baseada no respeito, justiça e solidariedade.

### 2.2 Comunicação equipe x família/paciente

Como consequência do despreparo em lidar com a família e com as questões inerentes à oncologia, principalmente a pediátrica, a comunicação ineficaz traz danos irreparáveis durante a assistência a essa clientela (PARO, 2005).

Importante que a equipe de enfermagem tenha uma comunicação efetiva com a criança e família e desenvolva uma relação de confiança, utilizando linguagem clara e acessível para que esclareça aspectos relevantes da doença, como o significado da doença para a família, o que se espera do tratamento e qual o tipo de tratamento a ser definido.

Segundo Smeltzer e Bare (2002 apud MALAGUTTI, 2011), as ações relativas ao tratamento ba-

seiam-se em metas reais e alcançáveis para cada tipo de câncer, podendo incluir erradicação completa (cura), prolongamento da sobrevida e contenção de células cancerosas (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo).

A comunicação se faz necessária desde a admissão, explicando como será o tratamento, ou seja, os efeitos colaterais das medicações que serão administradas, cada procedimento a que o paciente será submetido, necessidade de novos internamentos, assim como a necessidade de certo afastamento social pela imunidade baixa. A quimioterapia afeta tanto células normais como as neoplásicas, provocando efeitos traumáticos e dolorosos, dentre eles: apatia, perda do apetite, emagrecimento, alopecia (queda de cabelo), mucosite, náusea, vômito e diarreia por comprometimento da mucosa gastrointestinal. Associada a esses efeitos, está a aneupenia, caracterizada por comprometimento da imunidade, o que provoca infecções (MOSCATELLO, 2011).

Durante o internamento, o impacto destes efeitos afeta a autoestima dos pacientes, podendo desenvolver outras consequências como depressão, abandono do tratamento por descrédito e/ou revolta. A comunicação é essencial inclusive para inserir a família no processo do cuidar, enfatizando as orientações básicas relacionadas aos riscos durante uso de quimioterápicos, esclarecendo sobre os cuidados com cateter venoso central ou periférico, autocuidado em relação às necessidades humanas básicas afetadas durante o tratamento.

Para que esses efeitos sejam minimizados, é necessário um envolvimento multiprofissional com psicologia, assistente social e terapeutas ocupacionais juntamente com a enfermagem, visando a um esclarecimento prévio sobre o tratamento e suporte para o núcleo familiar envolvido, já visto em algumas instituições, por uma das autoras, porém ainda parcial, necessitando de melhorias.

A forma das crianças reagirem ou expressarem seus sentimentos depende das oportunidades, o que pode contribuir ou não no tratamento. As crianças maiores e os adolescentes provocam maior incômodo e sofrimento, porque falam sobre o que vivem em decorrência da doença e do tratamento. Os bebês e crianças menores, por não se expressarem verbalmente com a mesma clareza, são considerados mais fáceis de serem cuidados, por não demandarem esforço emocional na mesma intensidade que os pacientes que se expressam através da fala. (FRANÇOSO, 1996).

Assim, a expressão verbal é tomada como referência, capaz de modular afetivamente as relações estabelecidas e direcionar a atuação da enfermagem.

Souza (2009), porém, alerta para a importância da linguagem não verbal durante a assistência:

É preciso olhar as necessidades não ditas, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras(...) para que se torne capaz de auxiliar os pacientes na finitude, pois o conhecimento insuficiente destes aspectos poderá levar a um distanciamento do paciente como uma forma de proteção por não saber enfrentar tal situação e uma falha na prestação do cuidado singular e integral tão almejado pela Enfermagem.

O suporte humanizado, individualizado, solidário e lúdico é cada vez mais necessário, tendo como exemplos as brinquedotecas, os contadores de história e a escolinha hospitalar, onde a comunicação através do não verbal é mais perceptível.

### 2.3 Processo morte-morrer

Durante a internação, reinternação, piora do quadro, mudança do tipo de tratamento, recidiva até a opção por cuidados paliativos (quando acontece), a enfermagem já se envolveu completamente. Acostumados e preparados para cuidar objetivando a cura, a enfermagem tem o desafio de lidar com esse novo paradigma, cuidar da qualidade de vida.

Quando a doença já progrediu ao ponto de não responder mais aos tratamentos possíveis, o paciente está fora de possibilidades terapêuticas. Antes, era erroneamente chamado de “paciente terminal”.

Esses pacientes, durante essa fase, com a morte em iminência, trilham um caminho reacional esperado, muitas vezes não compreendido e mal interpretado pela equipe de enfermagem.

Segundo Elizabeth Kubler-Ross (1998 apud MENDES et al., 2009), o paciente perpassa por fases, não necessariamente nessa ordem nem por todas, são essas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Descrito por Cândido (2011), nota-se a importância do conhecimento prévio da equipe:

- a |** Negação: caracterizado como defesa temporária, em que o envolvido não se envolve ou não demonstra conhecimento sobre a gravidade da doença e sua progressão;
- b |** Raiva: instala-se quando o paciente não consegue mais negar o inevitável. Prevalecem revolta, ressentimento, e o paciente passa a atacar a equipe de saúde e as próximas a ele;
- c |** Barganha: o doente faz acordo em troca de tempo de vida. Nessa fase, são comuns as promessas;
- d |** Depressão: após barganha, o paciente nota a doença como incurável e ciente da impossibilidade de cura. É um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados. Relaciona-se pouco com outras pessoas;
- e |** Aceitação: o paciente entende e aceita a situação e tenta dar um sentido à vida.

A assistência de enfermagem participa de todas as fases do tratamento da criança/ família, desde o diagnóstico até o processo morte-morrer por alguns. São vivenciados vários sentimentos como felicidade, sensação de dever cumprido e reconhecimento como bom profissional quando os pacientes se curam e saem de alta. O inverso, porém, acontece quando se deparam com pacien-

tes que não reagem ao tratamento, desenvolvendo sentimento de tristeza, frustração e sensação de fracasso.

Quando não há um conhecimento prévio sobre essas fases, o profissional leva para o lado pessoal alguma ofensa ou frase questionadora por parte dos envolvidos (criança/família), não aceita certas reações dos pacientes ou até luta contra a finitude da vida.

Percebe-se, através dos artigos consultados, que são notórias as dificuldades da equipe de enfermagem diante da mudança do quadro do paciente sem prognóstico favorável. Diante da necessidade de evitar vínculo com o paciente sem possibilidades terapêuticas para “minimizar” seu sofrimento, sensação de perda e frustração, muitos profissionais optam por se distanciarem dos envolvidos.

Kovacs (2008) acredita que a contenção de sentimentos, a não autonomia da enfermagem no que se refere a determinadas decisões, bem como o convívio constante com sofrimento, dor, perdas e morte, tornam esse grupo de profissionais vulnerável ao estresse.

## 2.4 Dificuldades em lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas

O cuidar em oncologia pediátrica envolve uma série de questões complexas. O enfermeiro lida com crianças e famílias em situação de intensa fragilidade, o que exige do profissional competências que vão além da esfera técnico-científica, envolve habilidades interpessoais, humanas e afetivas.

Segundo Popim e Boemer (2005), os enfermeiros tomam conhecimento da complexidade física do paciente oncológico pela patologia, pelo uso de utensílios e técnicas adotadas no tratamento, mas reconhecem e verbalizam ao mesmo tempo a necessidade de se atender a essa pessoa doente em sua fragilidade emocional. As mesmas autoras trazem que os profissionais de enfermagem entendem o paciente oncológico como requerente de uma re-



lação mais afetiva, com maior convivência e maiores trocas.

De um lado, estão as crianças portadoras de câncer, que vivenciam situações altamente desgastantes: a condição da doença em si, a hospitalização, o afastamento do convívio social, os tratamentos pesados, procedimentos invasivos, entre outras. Do outro lado, está a família destas crianças, que acompanham as inúmeras internações e os procedimentos agressivos, sentem medo e estão expostas à alteração na rotina, o que pode gerar, em algumas situações, quebra da estrutura familiar e/ou perda do vínculo empregatício.

Da fragilidade que emana de cada paciente e da disposição pessoal do profissional para atender às suas necessidades, vai-se construindo uma relação de compromisso, permeada pela solidariedade, ternura e apegos mútuos. Constrói-se uma relação intersubjetiva, na qual os significados deixam de ser individuais para configurar um sentido social. (POPIM; BOEMER, 2005).

De acordo com Paro (2005), o modelo de assistência clínico, individual, curativo, hospitalar e tecnicamente sofisticado é ineficaz na Oncologia Pediátrica. O enfermeiro da oncologia pediátrica tem um importante papel esclarecedor, acolhedor, papel humanitário e, muitas vezes, é o pedestal das famílias/ crianças nessa condição. Segundo Souza (1995 apud PARO, 2005):

A humanização requer dos profissionais de enfermagem conhecimento, disposição, interesse ativo, afetividade, flexibilidade, busca por aprimorar o cuidar, responsabilidade, sensibilidade, capacidade de escutar oportunizando a expressão de sentimentos sem pré-julgamentos ou censuras.

O vínculo criado na oncologia pediátrica é intenso devido à condição de crianças que passam por internamentos constantes e, em diversas vezes, duradouros. Desta forma, a equipe de enfermagem pediátrica oncológica vivencia com estas crianças/fa-

miliares uma relação verdadeira, comunicativa e afetiva, respeitando a trajetória de cada paciente como ser singular.

Vale salientar que, para alguns profissionais, principalmente os que já têm anos de profissão, cuja grade de graduação não contemplava disciplinas referentes à oncologia, dor, processo de morte-morrer, cuidados paliativos, é um desafio aprender com a prática, já que não adquiriram conhecimentos importantes para uma assistência adequada. Horta et al. (1989 apud MALAGUTTI, 2011) relatou que os profissionais de saúde encontram dificuldades ao lidar com crianças com doença terminal e, por consequência, fogem e se afastam da família por desconhecimento do que acontece ou por incapacidade em lidar com assuntos como a morte.

O próprio termo “oncologia”, para os leigos, conota significados de condenação, sofrimento, morte. Essa não pode ser a postura da equipe de assistência envolvida, já que esses profissionais serão responsáveis pelo tratamento. Não podem cuidar com pesar, não devem subestimar o processo reacional e de cura dos pacientes, já que avanços científicos e tecnológicos têm proporcionado diagnósticos mais precoces e precisos, terapêuticas mais apropriadas, que aumentam a perspectiva de cura, melhoram a qualidade de vida e reduzem as sequelas (LINS et al., 2011).

O profissional de saúde inserido no contexto hospitalar defronta-se constantemente com as interfaces da vida e da morte. De acordo com Steffens (2011), no cotidiano da oncologia pediátrica, os sentimentos afloram de forma ainda mais intensa, pois, tratando-se de crianças gravemente enfermas, tem-se uma inversão do processo vital, no qual é esperado que o indivíduo cresça, reproduza e envelheça antes de morrer.

Nesse contexto, o enfermeiro da oncologia pediátrica enfrenta uma série de desafios diariamente no seu processo de trabalho, desafios tais que refletem direta ou indiretamente no seu fazer profissional e na sua formação humana. Ramalho e No-

gueira (2007) afirmam que realizar investigações diagnósticas, apresentar o diagnóstico, enfrentar o tratamento juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte são atividades que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional.

O tratamento em oncologia é desgastante, a criança é submetida a uma série de medicamentos pesados, terapias prolongadas e procedimentos invasivos, com constantes internações, e está exposta ao risco da morte. O enfermeiro deve estar qualificado no âmbito técnico-científico e constantemente atualizado sobre as novidades na oncologia, ao mesmo tempo em que desempenha o papel de educador, confidente e orientador para os pacientes e familiares.

O enfermeiro é o anfitrião da criança na unidade e cabe principalmente a ele proporcionar-lhe uma estadia menos tortuosa possível. É o profissional de saúde que tem contato mais constante com o paciente/família e participa de cada etapa, desde as fases do adoecimento até as reações ao tratamento. De acordo com Ramalho e Nogueira (2007), o tratamento é visto pelos profissionais como muito penoso para a criança e, muitas vezes, lidar com este sofrimento é pior que presenciar a morte.

Os profissionais são preparados para lidar com a doença e agravos, aprendem sobre as patologias, prevenção, detecção de sintomatologia, diagnóstico e tratamento, mas não são preparados para lidar com a morte.

O constante risco do enfrentamento da condição de morte é uma questão de grande complexidade. O enfermeiro do setor oncológico lida diariamente com pacientes terminais e, provavelmente, já vivenciou algumas ou inúmeras perdas de pacientes. No convívio cotidiano com os pacientes e família, criam-se fortes laços afetivos, que, por diversas vezes, são desfeitos bruscamente diante da ameaça da morte.

No tocante a esta questão, os profissionais de saúde que convivem com a doença, o sofrimento e a morte desenvolvem maneiras peculiares de enfrentar tal ameaça (FRANÇOSO, 1996).

Muitas vezes, criam um bloqueio/afastamento na tentativa de reduzir o envolvimento e, consequentemente, o sofrimento diante de uma possível perda do paciente.

Múltiplas manifestações possíveis diante da morte se revelam para a equipe de enfermagem. A impotência diante da criança doente, a sensação de insuficiência de recursos, a constante expectativa de morte, a descrença em relação às medidas terapêuticas disponíveis, são, no fundo, uma espécie de paralisia diante da realidade e de suas demandas (FRANÇOSO, 1996).

A falta de reconhecimento faz com que o profissional sinta vontade de não se envolver com o trabalho, apesar de ter consciência de sua enorme responsabilidade, principalmente quando tem pacientes tão graves sob seus cuidados (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007).

O fato desses profissionais lidarem diariamente com estressores como dor, sofrimento e morte pode desencadear sofrimento. BellatoRetal (2007 apud FARIA, 2008) afirma que “é comum esses profissionais apresentarem altos níveis de estresse, fadiga e ainda desenvolverem a Síndrome de Burnout”. Tamayo (1997 apud KOVACS, 2011) descreve três componentes relacionados à Síndrome: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

## 2.5 Carga psíquica

O convívio contínuo com o sofrimento, a falta de perspectiva de cura e a sensação de impotência diante do tratamento preconizado são causas potenciais de desenvolvimento de doenças psíquicas em profissionais de saúde, principalmente quando em pediatria. Segundo Carvalho (2010), os sintomas psicológicos e comportamentais envolvem

principalmente profissionais submetidos a estresse emocional crônico. Entre os sintomas somáticos estão: exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispneia; sintomas psíquicos, humor depressivo, irritabilidade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

Diante da sobrecarga emocional, que mobiliza crenças e valores sobre a vida, morte e doença, os profissionais ainda interagem com a família do paciente, que, às vezes aturdida com a evolução do tratamento, não consegue dar conta da real gravidade.

Malagutti (2011) chama a atenção em relação aos profissionais envolvidos:

A ideia da morte aparece sob diferentes ângulos, porém, em qualquer das perspectivas encontradas, o embate com o sofrimento e a finitude humana se mostram com toda a sua magnitude. E vai além, perceber o quão limitado é o seu poder sobre a saúde da criança, muitas vezes sobre o controle da dor e da aflição familiar vem junto com a inequívoca realidade de seu próprio sentimento.

Autores como Silva (2011), nas suas pesquisas, também encontram discursos de profissionais da equipe de enfermagem, em que os mesmos descrevem que alguns sentimentos em relação à família transitaram entre os de impotência, tristeza, apego, ansiedade, insatisfação, desânimo e indiferença.

Já Kóvacs (2010) aborda o processo de luto do profissional da equipe, que não é autorizado e nem reconhecido. Para isso, surgem mecanismos de defesa que podem ser inconscientes, sintomas psicossomáticos, que se exacerbados, culminam em colapso. Repressão das emoções provoca esgotamento psíquico, baixa concentração e consumo de substâncias químicas, levando até à depressão.

Outra estratégia de proteção descrita por Malagutti (2011) é a redução de envolvimento com o paciente, de forma que, ao não estreitar laços com ele, daria a falsa impressão de reduzir o sofrimento. O mesmo autor descreve que as tentativas frustradas

de neutralização e negação desses desgastes contribuem para o desenvolvimento do Burnout – esgotamento psíquico já comentado anteriormente durante o texto.

### 3 CONCLUSÃO

Nota-se a complexidade da assistência a pacientes pediátricos com câncer desde o diagnóstico até a finitude da vida, quando acontece. A própria formação do profissional de enfermagem é deficiente em prepará-lo para as particularidades das crianças, entendendo cada faixa etária, assim como em orientá-lo sobre conceitos básicos de oncologia, dor, cuidados paliativos e processo de morte-morrer.

A falta de conhecimento prévio sobre a patologia, principalmente em relação ao tratamento, efeitos colaterais e reações, impossibilita uma assistência adequada à essa clientela. Conceitos esses, para o profissional em enfermagem, básicos para que haja uma compreensão sobre seu papel durante o tratamento, para que mude do paradigma da cura em prol do paradigma do cuidar – nesse âmbito, priorizando a qualidade de vida em suas várias dimensões.

O vínculo entre a equipe e a criança/família é natural. Quando a comunicação é uniforme entre os envolvidos, quando há esclarecimento de dúvidas e sobre o real resultado esperado, seja ele qual for, curativo ou paliativo, a aceitação do quadro clínico é menos traumática.

Horta et al. (2011) descrevem que os profissionais de saúde preferem não lidar com problemas emocionais, pois, ao lidar com medo, culpa da família, frente à morte, eles começam a analisar seus próprios medos e receios, o que lhes é incômodo e desconfortável.

Durante a assistência de enfermagem em oncologia pediátrica, é notória a exposição do profissional a várias cargas de trabalho, o que piora quando os envolvidos desconhecem e não reconhecem os da-



nos que lhes causam. O mais evidente na assistência em oncologia é a carga psíquica.

Acompanhando o sofrimento do outro durante o cuidar, diante da piora, da falta de perspectiva de cura, confrontando seus próprios medos e incertezas, o profissional se sente sobrecarregado e desencadeia em si a extensão daquele sofrimento descrito por Gonçalves (2011), isto é, perceber o quão limitado é o seu poder sobre a saúde da criança, muitas vezes, sobre o controle da dor e da aflição familiar vem junto a inequívoca realidade de seu próprio sofrimento.

Quando a equipe nota que o sofrimento está relacionado ao vínculo adquirido, algumas estratégias são desenvolvidas e, dentre essas, está a redução do envolvimento com o paciente. Essa estratégia pode desencadear uma síndrome denominada Burnout, que é caracterizada pelo desenvolvimento de alguns sintomas somáticos e psíquicos: exaustão, fadiga, cefaleias, gastrites, insônia, dispneia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, negativismo, ceticismo e desinteresse.

Não se pode perder de vista que o cuidado com o cuidador deve ter importância tanto quanto ao do paciente, pois seu estado geral irá refletir no seu grau de interesse e comprometimento durante o tratamento, assim como na sua relação com a família e demais membros da equipe multidisciplinar.

Todos os desafios identificados abrem um leque de possibilidades de melhorias e modificações:

- f** | Em relação ao preparo e à capacitação profissional tanto no âmbito educacional (faculdades e escolas técnicas) como institucional, com a introdução de disciplinas específicas em oncologia e treinamentos de atualizações;
- g** | Busca de mecanismos resolutivos e compensatórios por parte da equipe de enfermagem em lidar com crianças com câncer;
- h** | Mais cuidado, por parte das empresas, com a atenção dispensada à saúde dos seus colaboradores.

A deficiência, também por parte das empresas hospitalares, em acompanhar e reconhecer as dificuldades de enfrentamento por parte dos seus funcionários, principalmente com essa clientela tão diferenciada, cheia de particularidades, pode potencializar seus efeitos em longo prazo, tendo comprometimento da assistência e da saúde dos seus colaboradores.

Como já exposto por Cândido (2011), é necessário que os profissionais quebrem o silêncio e ousem falar de suas dores, medos, do luto que deve ser elaborado, a fim de que suas demandas sejam atendidas e o melhor cuidado seja oferecido. É importante que eles se permitam entristecer sem culpa.

Seria interessante a introdução de espaço para acompanhamento psicológico da equipe de enfermagem para que exponha seus sentimentos, compartilhe seu sofrimento e aprenda a lidar com o processo do adoecimento e suas consequências.

Almejando o desenvolvimento da melhor assistência possível, deve-se minimizar a exposição profissional às situações desestimulantes, definir limites pessoais, evitar o envolvimento excessivo, sem deixar de agir humanamente, controlar estressores do trabalho dentro do hospital, comunicar-se constantemente com os colegas, manter equilíbrio entre vida profissional e pessoal e dedicar esforços à família e diversão.

## REFERÊNCIAS

CÂNDIDO, Juliana. **A morte sob a ótica da enfermagem**. 2009. Disponível em: <[www.webartigos.com/.../a-morte-sob-a-otica-da-enfermagem/22408](http://www.webartigos.com/.../a-morte-sob-a-otica-da-enfermagem/22408)> Acesso em: 13 outubro 2019.

FARIA, Daniela Antunes Pousa. **Morte como desafio afetivo para o profissional da saúde**: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer. 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <[http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2207](http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2207)> Acesso em: 02 maio 2019.

FOLIN, Cláudia. **Aspectos emocionais da equipe de enfermagem ao paciente terminal**. 2011. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/aspectos-emocionais-da-equipe-de-enfermagem-frente-ao-paciente-terminal-4611433.html>> Acesso em: 02 nov. 2019.

FONSECA, Selma Montosa da et al. **Manual de Quimioterapia Antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

FRANCOSO, Luciana Pagano Castilho. Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.4, n.3, p. 41-48, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300004>> Acesso em: 02 nov. 2019.

KÓVACS, M. J.; Esslinger, I.; Vaiciunas, N. & Souza, T. M. Cuidando do cuidador em UTIs pediátrica e neonatal. **Mundo da Saúde**. v. 32, n. 1, p. 24-30, 2008.

KÓVACS, Maria Júlia. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420- 429, 2010.

MALAGUTTI, William. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal,

família e equipe de saúde. **Rev. SBPH** [online]. v. 12, n.1, p. 151-173, 2009.

PARO, Daniela; PARO, Juliana; FERREIRA, Daise L. M. O. Enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. **Arq. Ci. Enc. Saúde**. v.12, n. 3, p.151-57, jul.- set. 2005.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.13, n.5, p. 677-685, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500011>> Acesso em: 12 maio 2019.

RAMALHO, Miriam Aydar Nascimento; NOGUEIRA-MARTINS, Maria CeziraFantini. Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica. **Rev Psicologia em estudo**. Maringá, v. 12, n 1, p 123-132, jan.-abr. 2007. Disponível em: <<http://w.scielo.br/pdf/%0D/pe/v12n1/v12n1a14.pdf>> Acesso em: 12 maio 2019.

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm**. v.18, n.1, p.41-47, mar. 2009.

SILVA, Juliana. Preparo e percepções da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer. **Rev. Hórus**. v. 4, n. 1, 2012.