**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

MELANIE CABEÇA MONZILLO

**EXPERIÊNCIAS DE UM PSICÓLOGO CLÍNICO NA ONCOLOGIA INFANTIL:
UMA PESQUISA EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL**

**SÃO PAULO
2019**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

MELANIE CABEÇA MONZILLO

**EXPERIÊNCIAS DE UM PSICÓLOGO CLÍNICO NA ONCOLOGIA INFANTIL:
UMA PESQUISA EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Marcos Oreste Colpo.

SÃO PAULO
2019

AGRADECIMENTOS

Vou iniciar agradecendo a PUC que por esses últimos anos se tornou a minha primeira casa, onde passei dias e dias chegando de manhã e indo embora de noite. Quero agradecer por cada canto da Pontifícia que me acolheu, seja ele o Pátio da Cruz, a Prainha, os bancos da Monte Alegre, a biblioteca, as salas de aula, o Centro Acadêmico de Psicologia.

Agradeço aos meus pais que possibilitaram os meus estudos por todos esses anos, por se preocuparem quando eu não chegava bem em casa depois de um dia difícil, por me apoiarem na minha escolha desde sempre. Quero também agradecer a todos da minha família que me incentivaram, e que torcem por mim.

Agradeço o meu professor Gustavo Trevisan, psicólogo, que desde 2010 até o final dos meus anos de colégio me deu aula de Filosofia e contribuiu para o meu interesse pela Psicologia – e pela PUC - e me fez ter certeza de que era esse caminho que eu deveria seguir.

Eu agradeço à todas as professoras e professores que tive o prazer de conhecer ao longo desses semestres, por toda paciência em nos ensinar, em construirmos juntos a possibilidade de sermos pessoas cada vez melhores. Por se permitirem aprender com os seus alunos, assim como nós definitivamente aprendemos com vocês.

Em especial agradeço ao meu professor e orientador Marcos Colpo que esteve presente desde o primeiro semestre na minha formação acadêmica como professor de Fenomenologia e possibilitando com que eu visse o mundo de outra forma, mesmo naquela época sendo nova demais para compreender a complexidade que a fenô representava para mim. Agradeço por ter tido muitas outras oportunidades e matérias para aprender com você. Agradeço também pela oportunidade de estar hoje monitorando suas turmas de fenomenologia do primeiro e segundo ano. Agradeço por toda disponibilidade e auxílio para realização desse trabalho, por construir comigo todas as etapas, legitimando o meu interesse sobre o assunto. Ele não teria se concretizado sem a sua ajuda e orientação.

Agradeço à todos os meus professores de fenomenologia, aos que tive sorte de ter aula e aos que tive oportunidade de assistir palestras. Um agradecimento especial

ao professor Marcelo Sodelli, que definitivamente me fez ter um outro olhar para fenô, por trazer questionamentos existenciais nas aulas que me faziam passar semanas refletindo. Por contribuir academicamente com diversos outros temas que me aproximei ao longo da formação e dos quais tenho o privilégio de aprender com você. Além, claro, agradeço por assumir o parecer deste trabalho.

Agradeço a minha possibilidade de estágio no Hospital Infantil Darcy Vargas, onde tive a sorte de encontrar pessoas incríveis e o meu entrevistado, que sempre esteve disponível para me orientar, acolher, ensinar, e posteriormente para participar desse trabalho, dedicando seu tempo e compartilhando suas experiências comigo.

Agradeço também à minha gata, que esteve presente comigo nas longas horas que permaneci dedicada neste trabalho, pela paciência de esperar o momento para brincar, para ganhar carinho, nunca deixando de me fazer companhia. Agradeço aos meus amigos pelo incentivo, por estarem sempre torcendo por mim. Aos amigos da faculdade por compartilharem muitas vezes dos mesmos sentimentos, as vezes um pouco mais angustiados, em outros momentos, aliviados. A ajuda de vocês foi essencial para que eu conseguisse realizar esse trabalho.

Finalmente agradeço por toda minha formação, que me possibilitou olhar o mundo de uma outra forma, por conseguir a partir disso me tornar cada vez mais uma pessoa da qual tenho orgulho de ser e que sem isso, esse trabalho não teria sido concretizado.

Resumo

O objetivo da presente pesquisa se deu através da compreensão, a partir da perspectiva fenomenológica-existencial das experiências envolvidas no trabalho de um psicólogo na oncologia de um hospital infantil municipal referência da cidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada pelo método fenomenológico de investigação, mais especificamente pela Fenomenologia Hermenêutica apresentada por Martin Heidegger na sua ontologia fundamental – Ser e Tempo (1927). Tal método contribuiu para análise de uma entrevista reflexiva, realizada com um psicólogo que atuou por aproximadamente 5 anos na oncologia infantil. Para fins de análise, a entrevista foi subdividida em Unidades Indicativas de Sentido a partir das respostas do entrevistado, e, posteriormente, realocadas em Constelações de sentidos mais abrangentes. O propósito desse empenho está em desvelar os sentidos acometidos nas possíveis relações do psicólogo com as crianças, familiares, equipe para que se observe os impactos emocionais vividos por esse profissional, além de uma melhor compreensão a respeito dos possíveis cuidados a serem exercidos nessas relações.

Palavras-chave: fenomenologia, hospitalar, oncologia infantil, psico-oncologia

SUMÁRIO

Introdução.....	6
Capítulo 1: Psicologia Hospitalar.....	9
1.1 Breve Histórico da Psicologia Hospitalar	9
1.2 Psico-oncologia	15
Capítulo 2: Oncologia Infantil.....	18
Capítulo 3: Sobre a Metodologia.....	25
3.1 Participante	27
3.2 Procedimentos	27
Capítulo 4: Entrevista e Unidades Indicativas de Sentido	29
Capítulo 5: Constelações	71
5.1 Constelação 1: Relação do psicólogo com a criança.....	71
5.1.1 Recursos interventivos apreendidos a partir da relação com as crianças	71
5.1.2 Jeitos de poder lidar e de tratar com as crianças.....	73
5.2 Constelação 2: O conhecimento de si-mesmo a partir do outro.....	77
5.3 Constelação 3: Autenticidade na relação com o outro	80
5.4 Constelação 4: Religião e finitude	82
5.5 Constelação 5: Relação com os familiares.....	82
5.6 Constelação 6: Relação com a equipe	85
5.7 Constelação 7: Relações pessoais.....	86
Capítulo 6: Discussão	89
Capítulo 7: Considerações Finais.....	97
Referências	99
Anexo 1 – Termo de Consentimento	104

INTRODUÇÃO

Meu contato com o tema se fez presente desde quando eu era criança pois, meu pai passou por dois momentos difíceis quando estava acometido com câncer. Antes de iniciar a graduação em psicologia, já me questionava em como o diagnóstico dessa doença pode trazer uma série de consequências para o indivíduo, assim como para os seus familiares e amigos. Imersa nesse mundo pude observar sentimentos e percepções muito distintas a respeito da doença e o modo de enfrentá-la, e durante a graduação procurei me aproximar do contexto hospitalar, especialmente da oncologia infantil.

Apesar de não estar completamente dentro da oncologia, realizei estágio em um Centro de Hemodiálise no Hospital Santa Lucinda em Sorocaba/São Paulo, e no segundo semestre de 2018, estágio no Hospital Darcy Vargas onde tive a oportunidade de estar trabalhando diretamente com um psicólogo clínico que trabalhou na oncologia infantil durante cinco anos. Atualmente meu estágio é voltado para atendimento de crianças acometidas com doenças na área da nefrologia e urologia, mas entendo e reconheço que a prática do psicólogo é essencial no contexto hospitalar em todas as áreas.

Segundo Mosimann e Lustosa (2011) a respeito da psicologia hospitalar “ela não estabelece uma meta ideal para o paciente alcançar, mas simplesmente aciona um processo de elaboração simbólica do adoecimento.” (*apud* Simonetti, 2004, p. 19). Por já ter me encontrado na condição de ter uma pessoa muito próxima acometida com câncer e por reconhecer que é uma doença muito agressiva e pouco esperada em crianças, despertou em mim a preocupação em estudar essa condição existencial me aproximando dos impactos emocionais que essa condição existencial repercute num profissional que cuida dessas crianças. Trata-se de uma área carente de pesquisas a esse respeito, sendo que sua realização pôde parametrar ações em relação ao cuidado de quem cuida. Meu projeto profissional após a graduação é de me dedicar a essa atividade em termos profissionais.

A fenomenologia hermenêutica, nesse contexto, presta-se a esse propósito de pesquisa justamente porque permite que seja possível acessar os sentidos vividos neste trabalho. Com as entrevistas realizadas com o psicólogo que trabalhou

nessa área por muitos anos, considero que tal processo poderá ser extremamente rico para captar os impactos emocionais vividos na relação psicólogo-criança e familiares, já que muitas vezes também estamos tratando de crianças muito pequenas e que possivelmente teremos, como profissionais, que acompanhar os pais nesse enfrentamento. Segundo BETTS (1997):

[...] um diagnóstico de câncer provoca um achatamento da linha do tempo. Antes o sujeito tendia a projetar sua vida para o futuro, como se ela fosse durar indefinidamente, mas com o diagnóstico inverte-se a situação e a morte é esperada de um momento para o outro, ou tida como certa para a semana seguinte, independentemente do diagnóstico do médico. É como se a vida terminasse ali mesmo. A perspectiva de continuidade no tempo entra em colapso, e juntamente com ela, o sujeito (*apud* SILVA, 2006, p.23).

Em crianças, essa perspectiva da temporalidade não necessariamente será compreendida dessa forma, porém, os familiares que estão acompanhando, compreendem essa doença dessa forma, por esse motivo também julgo ser essencial nosso trabalho no acompanhamento do tratamento desses pacientes, não só para abrir novas possibilidades dentro do contexto hospitalar para eles, como também para os responsáveis que geralmente se sentem insuficientes diante da doença. Nesse sentido é necessário também o papel do psicólogo para intervenção com os familiares presentes no acompanhamento do tratamento.

Segundo Cardoso (2007),

A necessidade dessa dinâmica interdisciplinar e humanizada está cada vez mais difundida na prática hospitalar, onde a capacidade de observar o sujeito como totalidade é essencial e inerente ao trabalho compartilhado com os outros membros da equipe envolvidos no tratamento. Isso é ainda mais relevante no caso das crianças, que demandam uma atenção emocional especial. Por fim, é importante lembrar que mesmo diante de todos os esforços na humanização do ambiente hospitalar e no atendimento ao paciente hospitalizado, não há como a criança deixar de passar por situações e sensações que são intrínsecas à hospitalização e deverão passar por processos de elaboração (*apud* Alves e Figueiredo, 2017)

O objetivo do presente trabalho é a partir de uma entrevista reflexiva', revelar os sentidos da experiência clínica de um psicólogo que atua na oncologia de um hospital infantil, nos aproximando dessa prática e observando os impactos emocionais vividos nesse trabalho com os pacientes e com os familiares.

1 PSICOLOGIA HOSPITALAR

1.1 Breve histórico da psicologia hospitalar

Segundo Rudnicki e Schmidt (2015), a regulamentação do exercício da profissão de psicólogo no Brasil ocorreu em agosto de 1962. A Psicologia Hospitalar, portanto, é uma área mais recente ainda que está situada dentro do espaço da Psicologia da Saúde, recebendo respaldo teórico não só dela como também da Psicologia Clínica com seu *setting* terapêutico voltado ao consultório. Segundo Camon (2010 p.1) “a psicologia, ao ser inserida no hospital, reviu seus próprios postulados adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo escoramento na busca da compreensão da existência humana. ”

No Brasil, a atuação de psicólogos em instituições hospitalares é denominada Psicologia Hospitalar. Tal terminologia reflete uma especificidade do contexto brasileiro, uma vez que não há indicativos de sua ocorrência em outros países (Almeida & Malagris, 2001; Tonetto & Gomes, 2005 *apud* Rudnicki & Schmidt, 2015). “A Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (Simonetti, 2004 p.15). Ou seja, não é esperado que tenhamos a atenção para as causas psicológicas das doenças, mas sim seus aspectos psicológicos em diversos âmbitos e também sobre toda e qualquer doença. Segundo Simonetti (2004) a doença é vista tanto pela medicina como para a psicologia como um fenômeno complexo, onde se comportam diversas dimensões, sendo elas biológica, psicológica e cultural. Por esse motivo o psicólogo hospitalar pode usar qualquer teoria para se embasar teoricamente pois o objetivo não é buscar uma prática clínica direta, uma técnica única, mas sim que o psicólogo se instrumentalize com ferramentas necessárias com o intuito de proporcionar o bem-estar do paciente que se encontra nesse contexto. Nesse sentido podemos entender

O trabalho do psicólogo hospitalar dentro de uma instituição de saúde, condiz com a função de oferecer um suporte psicológico ao paciente internado. Entende-se com suporte psicológico na instituição hospitalar o uso de procedimentos, advindos de construtos teórico-psicológicos, que auxiliam sensivelmente o paciente a

compreender o seu universo psicológico; ou seja, compreender os conflitos nas principais esferas: pessoal ou intra e inter-relacionais que potencialmente podem influenciar o funcionamento psicológico (Pinto, 2004 apud Leite 2007).

A sua prática precisa ser entendida de modo geral com as questões do paciente relacionadas ao processo doença-internação-tratamento, não podendo nos esquecer de pacientes infantis onde a família também está associada a esse processo. Após o início do tratamento, investiga-se quais são as variáveis psicológicas da criança e da família que podem comprometer ou inviabilizar o seu processo de recuperação e até mesmo de adesão ao tratamento além da boa recuperação do quadro clínico.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconheceu a especialidade de Psicologia Hospitalar em 2000 na Resolução nº 014/2000. Segundo o CFP a Resolução nº 013/2007, o psicólogo Especialista em Psicologia Hospitalar:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem-estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico;

grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Segundo Santos e Jacó-Vilela (2009) o marco da psicologia hospitalar tem início a partir da década de 1950 com a atuação de Mathilde Neder (1923) que instala um Serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), um registro que antecede à própria constituição da Psicologia enquanto profissão regulamentada.

Mathilde Neder nasceu em Piracicaba (SP) e em 1942 concluiu o curso para professora primária na Escola Normal Oficial de Piracicaba (atual Instituto Sud Menucci) e em 1943 iniciou sua graduação em Pedagogia na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Pontifícia Universidade Católica de Campinas no ano seguinte sendo transferida para USP, onde em 1946 concluiu a licenciatura em Pedagogia, posteriormente fazendo cursos de especialização em Psicologia Clínica na mesma instituição. (Conselho Regional de Psicologia SP, 2016)

Em 1952 na Sociedade de Psicologia de São Paulo, passa a atuar em diversas funções e a preside no período de 1969 e 1970. Nesse tempo na Sociedade, Mathilde lutou muito para o crescimento da profissão de psicólogo e em 1954 iniciou seu trabalho como colaboradora na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da USP - HC, onde acabou atuando a partir da psicologia com crianças submetidas à cirurgia de coluna e suas famílias, sendo este o evento que marca o início da Psicologia Hospitalar. Mathilde continuou lutando pela profissão de psicóloga e em 1963 quando criado o primeiro curso de psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC -SP), foi convidada para lecionar aulas de psicoterapia infantil. (Conselho Regional de Psicologia SP, 2016)

Na década de 70 a psicóloga Belkiss Wilma Romano Lamosa implantou o primeiro curso de Psicologia Hospitalar na Pontifícia Universidade Católica de São

Paulo contribuindo para que muitos psicólogos ampliassem sua concepção a respeito da psicologia e pudessem compreender a área da psicologia da Saúde, os hospitais e a Psicologia Hospitalar.

Ainda segundo o Conselho Regional de Psicologia, Neder em 1987 assumiu a coordenação das Atividades dos Psicólogos do HC e nessa função, foi presidente entre 1991 e 1998, do conselho diretor e editora da revista Psicologia Hospitalar (criada por sua iniciativa, tratando-se de publicações inéditas desse gênero no país). Ainda na década de 80 Valdemar Augusto Angerami-Camon e Marli Rosani Meleti foram responsáveis por normatizar o Setor de Psicologia do Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, possibilitando assim um olhar mais humano para os pacientes com câncer e com as mulheres que estavam em tratamento para diferentes doenças ginecológicas, assim como o nascimento do filho.

“A partir da década de 1980, destacam-se nessa trajetória o “I e o II Encontros Nacionais de Psicólogos da Área Hospitalar, eventos científicos que contribuíram para o aprimoramento profissional” (Romano, 1999 *apud* Azevedo, A. & Crepaldi, M. p. 577, 2016). Em 1982 também foi implementado por Heloísa Chiattono o Setor de Psicologia do Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro em São Paulo tendo foco no atendimento de crianças no sentido de escutá-las e ajudá-las a enfrentar a doença, assim como ajudar também os familiares das crianças adoecidas.

Em 1986, foi institucionalizado o Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, reconhecendo o trabalho das psicólogas que lá atuavam desde a década de 1970 (Silva, 2006 *apud* Azevedo, A. & Crepaldi, M. p. 577, 2016). Em São Paulo a Santa Casa de Misericórdia implantou o Serviço de Psicologia em 1992. (Bruscato, 2004).

O surgimento desses Serviços atendia às demandas de crianças e adolescentes e ajudou a legitimar a prática psicológica no Brasil, possibilitando que outros serviços fossem implementados. Com o crescimento dessa área, tornou-se necessário estabelecer diretrizes para a atuação profissional seja compartilhando experiências ou apresentando resultados de pesquisas (Azevedo, A. & Crepaldi, M. 2016). Com isso alguns profissionais que atuavam na prática começaram a escrever e publicar textos.

Segundo Santos, e Jacó-Vilela, (2009) além de Neder, a Psicologia Hospitalar vai sendo composta por outros nomes, mas a literatura específica mostra que a predominância é no referencial teórico psicanalítico e da abordagem psicossomática. No entanto, podemos também contar com uma vertente que realiza a psicologia no contexto hospitalar a partir da filosofia existencial-humanista, como citado por Angerami-Camon (2002). Seu pioneirismo resulta em um longo trabalho de discussão e ensino que levou a uma vertente que alia este ramo da psicologia diretamente à abordagem da psicossomática.

“Na abordagem da Psicologia Hospitalar, a visão psicossomática surge atrelada à situação de diagnóstico de patologias como câncer, Aids, ou situações como a internação em unidades intensivas, amputações” (Santos, S, e Jacó-Vilela, A., 2009 p. 194)

Algumas produções especializadas na área começaram a surgir em 1984 por Camon. Já em 1990 Romano organizou uma coletânea de textos sobre a prática nesse contexto tratando de temáticas da importância do psicólogo para pacientes submetidos à cirurgia coronariana, as possíveis intervenções psicológicas com pacientes terminais, pacientes com lesão medular, etc. Essas publicações acabaram possibilitando o surgimento de áreas específicas dessa atuação. A partir disso as práticas psicológicas relacionadas à cardiologia e psico-oncologia se destacaram devido a inserção crescente de psicólogos nessas equipes de saúde (Azevedo, A. & Crepaldi, M. p. 578, 2016). Em 1994 a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia foi inaugurada, contribuindo ainda mais para a potencialização da Psicologia Hospitalar e suas especificidades.

A Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) foi fundada em 1997 pelas psicólogas Bellkiss Wilma Romano e Marisa Decat de Moura. A sociedade tem por objetivo ampliar o campo de conhecimento científico e promover cada vez mais o profissional que está dedicado a essa área e foi legitimada através de um estatuto. A SBPH propõe as mesmas definições das funções do psicólogo hospitalar das que o CFP traz na resolução nº 013/2007 citada anteriormente neste capítulo.

Como citado por Santos e Jacó-Vilela (2009), um outro destaque na formação e atuação dos psicólogos da área da Saúde, que possibilitou também uma maior compreensão da Saúde Mental, Psicologia Hospitalar é a Saúde Mental. Nessa

esfera circulam diferentes saberes e profissionais, trazendo também de uma forma nítida uma proposição político-ideológica aliada a uma diversidade de abordagens psicológicas. Nesse contexto, houve um marco fundamental que é o movimento da Reforma Psiquiátrica, que implementou novos olhares e práticas em relação ao paciente com transtorno mental, o que acabou redefinindo a própria definição da Saúde Mental, onde novos olhares (além dos médicos psiquiátricos) como os psicólogos tiveram uma influência maior.

A partir da década de 1980 pode-se observar a diminuição de leitos hospitalares até a progressiva desativação de unidades que constituíam a lógica manicomial, o que possibilitou novas compreensões a respeito dos chamados “doentes mentais”. A preferência a partir dessa reforma, prioriza o modelo de atendimento com ênfase na reintegração do paciente psiquiátrico à esfera social, levando a criação de modelos que até então eram inexistentes, como os modelos de atenção diária: Hospitais-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os modelos de assistência domiciliar, o atendimento nos hospitais gerais e a necessidade de criação de suporte nessas unidades, capacitando os profissionais, entre outros. (Brasil, 2002, apud Santos e Jacó-Vilela, 2009)

A política pública contribui para o reconhecimento da atuação do psicólogo nesses espaços, fortalecendo assim a importância do seu trabalho nesses contextos. Entre essas políticas estão: a exigência da inclusão do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva e no trato com gestantes de alto risco. Segundo o ministério da Saúde,

Em todo o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Portaria nº 3.432/1998; a presença do profissional em setores de transplantes, conforme Portaria nº 2.042/1996 e nº 3.407/1998; a presença obrigatória do psicólogo hospitalar nos serviços de saúde pública e privada, conforme Projeto de Lei do Senado Federal nº 77/2003. (Figueiredo e Barbosa, p. 7, 2017).

Assim como dito anteriormente, o reconhecimento da atuação do psicólogo nessas instituições tem se tornado cada vez mais fortalecido e presente nas políticas públicas. Uma questão importante para se pensar em relação a isso é sobre a

situação do sistema público, sua organização e as possibilidades de acesso da população aos serviços, as condições em que se dão os trabalhos dos profissionais, as características sociais da população atendida e de modo geral a compreensão que envolve o processo saúde-doença. (Almeida, 2000 apud Carvalho et al 2011).

Pensando no papel do psicólogo hospitalar também, cada vez mais entendemos a necessidade desse profissional estar presente nessas instituições cuidando, mas também ter quem cuide deles, quem dê uma atenção e possibilidades de escuta para que eles possam transferir seus sentimentos em relação a demanda de trabalho ou sobre os sentimentos que são acometidos a partir das suas intervenções no contexto hospitalar, especialmente quando entendemos que o hospital é uma instituição e o psicólogo portanto precisa estar atento aos limites institucionais na sua atuação, o que acaba por se tornar uma prática diferente da clínica convencional, onde existe uma ética clara a ser seguida, mas no hospital existem outros contornos estabelecidos em sua atuação.

1.2 Psico-oncologia

A psico-oncologia nasceu na Argentina em 1961, José Schavèlson, cirurgião oncológico e posteriormente psicanalista, propôs esse termo para designar essa nova área do conhecimento (Carvalho e Veit, 2008) e foi sendo fortalecida ao longo dos anos nos demais continentes. No Brasil, o interesse pela área surgiu no fim dos anos 1970 e foi aos poucos sendo explorada pelos profissionais da área na construção do conhecimento que temos hoje. (Sociedade Brasileira de Psico-oncologia).

É possível descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer (Junior, A. 2001). A psico-oncologia está aplicada nos cuidados com o paciente com câncer, sua família e os profissionais envolvidos no seu tratamento. Do ponto de vista histórico, o câncer tem sido associado a estados emocionais, embora apenas em nossos dias essa associação tenha adquirido mais clareza, bem como compreender a necessidade de

combinar o tratamento do câncer com os cuidados psicológicos (Carvalho & Veit, 2008).

Segundo Carvalho & Veit (2008), no decorrer da prática médica, começaram a perceber que haviam aspectos psicossociais envolvidos na incidência, evolução e remissão do câncer. Nesse sentido, alguns médicos passaram a se preocupar com os aspectos psicológicos presentes no adoecimento por câncer. Foi assim que os psiquiatras começaram a ser chamados para atender os pacientes recém diagnosticados com câncer.

Além disso, à medida que foi sendo reconhecido que a etiologia e o desenvolvimento do câncer e a adesão aos tratamentos estavam associados a fatores psicológicos e sociais, tornou-se necessário desenvolver técnicas de abordagem psicológica na área da saúde que promovessem uma melhor qualidade de vida aos pacientes e aos seus familiares. (Carvalho & Veit, 2008)

No Brasil temos a definição elaborada pela psicóloga Maria da Glória Gimenes em 1993. Para a autora, a psico-oncologia representa:

Uma área de interface entre psicologia e medicina que utiliza conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da psicologia da saúde, aplicando-os: na assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência do câncer, de sua recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico; por fim, na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente (físico e psicológico), enfatizando a formação e o aprimoramento dos profissionais de saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (Carvalho & Veit, 2008, p. 18).

Há também um crescimento expressivo na demanda dos profissionais por formação e treinamento para uma prática adequada. Em 1994 ocorre a fundação da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO) que aconteceu no III Encontro Brasileiro e I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, realizado em São Paulo em 1994 e presidido pela Profa. Dra. Maria Júlia Kovács. A Sociedade foi criada

oferecendo cursos itinerantes de especialização realizados em várias cidades do país, assim como oferece atualmente. (SBPO).

A partir da revisão bibliográfica feita, uma questão que também é trazida para ser considerada está relacionada com o nível socioeconômico e cultural dos pacientes pois essas características podem impactar na compreensão do diagnóstico, do tratamento, assim como nos cuidados domiciliares caso a criança venha continuar seu tratamento posterior a hospitalização. Essas questões apesar de serem mais cabíveis para as assistentes sociais, podem aparecer durante os atendimentos psicológicos (nesse caso, provavelmente com os atendimentos voltados aos familiares).

De modo geral, de acordo com a literatura, o sofrimento associado à esse processo de hospitalização por conta das doenças, se ignorado, pode ter um impacto negativo significativo na qualidade de vida do paciente e seus familiares, o que pode afetar a adesão ao tratamento e a reabilitação. Diante das possibilidades de variáveis a respeito desse sofrimento é que se faz necessário a presença da intervenção psicoterapêutica na relação paciente-família-equipe. (Peres e Santos, 2009, Scannavino et al., 2013 apud Bezerra; Taurisano e Prebianchi, 2018).

A equipe multiprofissional se torna essencial ao se tratar da psico-oncologia onde deve/pode englobar médicos, residentes acadêmicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros que devem atuar junto aos pacientes e familiares (Campos, 1995, p. 96).

A equipe interdisciplinar deve ser, além disso, muito bem estruturada. O primeiro passo é a conscientização de todos os profissionais da necessidade da mesma. Outro passo importante se refere à clarificação dos objetivos e da estrutura de trabalho de cada profissional envolvido. Atua-se de forma a respeitar o outro profissional e seu trabalho. Ninguém é mais importante do que a criança que está adoentada e seu sofrimento. (Chiattono, 1984). O trabalho em equipe, além de acrescentar conhecimentos e dividir ansiedades, favorece o surgimento de soluções. (Campos, 1995, p. 98)

2 Oncologia Infantil

A doença crônica pode exigir longo tempo de internação,

Este é o caso do câncer infantil, considerado uma doença crônica cujo tratamento caracteriza-se por ser prolongado, demandando um tempo considerável de hospitalização e expondo a criança a procedimentos invasivos e desagradáveis, tanto física quanto emocionalmente (MOTTA e col, 2006, p.192).

A criança encontra-se em uma condição diferente, especialmente quando há a necessidade de internação prolongada. Segundo MOTTA e col (2007), além da exposição a procedimentos médicos invasivos, a hospitalização também sujeita a criança com câncer e seus familiares a outras situações estressantes, tal como o ambiente, a necessidade de uma nova rotina, o fato de estar recebendo cuidados de pessoas desconhecidas, muitas vezes também o afastamento dos amigos e da escola, entre outras (*apud* Aragão e Azevedo, 2001).

Segundo Maria Lydia Mello de Andréa,

A oncologia pediátrica é o segmento da medicina que trata as neoplasias da infância. São patologias provocadas pela multiplicação desordenada de células, na maioria das vezes jovens, que dão origem a tumores ou substituem as células normais de um ou mais órgãos, prejudicando suas funções (p.478).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA,2019), o câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Diferentemente do câncer do adulto, o câncer infantojuvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporciona melhor resposta aos tratamentos atuais.

Cada vez mais os estudos mostram que a grande maioria dos cânceres na infância tem um componente genético não hereditário, podendo uma alteração

genética ocorrida durante a formação daquele embrião ser um dos facilitadores para juntamente com fatores exógenos, ambientais, que funcionem como fator desencadeante (Knudson Jr., 1971 *apud* Andréa, 2008), porém de acordo com o INCA (2014) para o câncer infantil, existem poucas evidências científicas de que há relação entre o desenvolvimento da neoplasia e as causas ambientais (Pontes et al, 2018).

Para ajudar a entender melhor e combater o câncer infantil, a IARC (International Agency for Research on Cancer) se uniu à recém-formada Iniciativa Global da Organização Mundial da Saúde para o Câncer Infantil. A Iniciativa busca reduzir as desigualdades no acesso ao diagnóstico e na qualidade do tratamento e, assim, melhorar os resultados do tratamento para todas as crianças, especialmente aquelas que vivem em países com recursos limitados.(INCA, 2019).

Muitos países desconhecem a extensão do ônus do câncer infantil”, diz a diretora do IARC, a brasileira Elisabete Weiderpass. “A falta de dados de alta qualidade impede que os governos identifiquem políticas eficientes de saúde pública e respondam às necessidades dos pacientes”. A Iniciativa Global tem o objetivo de alcançar uma taxa de sobrevivência de pelo menos 60% para crianças com câncer globalmente até 2030. Essa meta representa uma duplicação aproximada da taxa de sobrevivência atual e, alcançando, economizará 1 milhão de vidas na próxima década. A taxa de sobrevivência média no Brasil é de 64%. (INCA, 2019).

Os tumores dos pacientes infanto juvenil podem ser subdivididos em dois grandes grupos: Tumores hematológicos (como as leucemias e os linfomas) e Tumores sólidos: como os do sistema nervoso central/cérebro, tumores abdominais) (neuroblastomas, hepatoblastomas, nefroblastomas), tumores ósseos e os tumores de partes moles (rabdomiossarcomas, sarcomas sinoviais, fibrossarcomas), entre outros.

Os tumores do sistema nervoso central correspondem a 22,1% e as leucemias 28% dos tipos mais frequentes de câncer infantil, responsáveis por quase 50% de todos os casos diagnosticados (Andréa, 2008). Além desses existem também o Tumor de Wilms, um tumor renal responsável por 6% dos acometimentos em criança com idade média de 3 anos. O tumores nos linfomas somam 9,3% dos casos. Os Sarcomas, sendo tumores malignos de origem epitelial, os tumores de células

germinativas, os tumores ósseos e por fim retinoblastoma, um tumor intra-ocular que é responsável por 3% das neoplasias na infância (Andréa, 2008).

Os sintomas do câncer infantil muitas vezes são parecidos com os de doenças comuns entre as crianças, por essa razão consultas frequentes ao pediatra são fundamentais. São esses profissionais que podem identificar os primeiros sinais de câncer e encaminhar a criança para investigação diagnóstica e tratamento especializado. No Dia Internacional de Luta contra o Câncer Infantil, o Ministério da Saúde lançou alerta nas redes sociais lembrando que crianças não costumam inventar sintomas: pais e/ou responsáveis devem estar alertas às queixas dos seus filhos e, ao sinal de alguma anormalidade, levá-los para avaliação de um profissional de saúde (INCA, 2019).

O que dificulta, em muitos casos, a suspeita e o diagnóstico do câncer nas crianças e nos adolescentes é o fato de sua apresentação clínica ocorrer por meio de sinais e sintomas inespecíficos que são comuns a outras doenças benignas mais frequentes na infância, manifestando-se por sintomas gerais, que não permitem a sua localização, como febre prolongada, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias generalizadas, dor óssea generalizada e palidez. Ou, ainda, por intermédio de sinais e sintomas de acometimento mais localizado, como cefaleias, alterações da visão, dores abdominais e dores osteoarticulares (Ministério da Saúde, 2017).

Nos anos 1970, as chances de cura de uma criança com câncer em geral não passavam dos 30% (Andréa, 2008, p. 491). Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos da doença podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado. (INCA, 2019)

Pensando a respeito da importância das informações relatadas acima, dados de alta qualidade sobre a incidência e a sobrevida do câncer na infância são fundamentais para melhor entender e combater a doença (INCA, 2019). O diagnóstico precoce e preciso é indispensável. Quanto mais rapidamente a criança

chegar a um centro especializado com os recursos necessários, mais cedo poderá conseguir resultados. (Andréa, 2008, p. 492). Até porque os cânceres pediátricos apresentam particularidades em relação a tumores que acometem adultos, implicando em um crescimento mais rápido e maior capacidade de invasão. Entretanto, crianças respondem melhor ao tratamento quimioterápico, outro fator que torna essencial que as crianças sejam diagnosticadas cedo (INCA, 2008).

Apesar dos avanços a respeito do tratamento, e da importância do diagnóstico precoce, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. No Brasil, para o ano 2018, o INCA, estimou 12.500 novos casos de câncer infantil, e 2.704 mortes. Em todo o mundo, segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês), estima-se que, todos os anos, 215.000 casos são diagnosticados em crianças menores de 15 anos, e cerca de 85.000 em adolescentes entre 15 e 19 anos. (INCA, 2016).

A doença em si é um fator considerável de desajustamento, pois acaba provocando ou agravando desequilíbrios na criança ou até mesmo em sua família. Assim, a criança fisicamente doente, estará afetada num todo, pois a doença é um ataque ao seu organismo de modo geral, estando o seu desenvolvimento emocional também comprometido. Por isso mesmo, uma criança doente, hospitalizada e num estado progressivo e definhamento corpóreo - à morte - é antes de tudo um ser humano que, como tal, deve ser tratado em toda sua complexidade e de forma integrada (Chiattonne, 1984).

Por conta da complexidade da doença, o tratamento deve ser realizado em centros especializados que sejam capazes de contemplar as três formas de tratamento: quimioterapia, cirurgia e radioterapia, que devem ser aplicados de forma individualizada pensando no tumor específico e estando de acordo com a extensão da doença. De acordo com o INCA (2019) o trabalho coordenado de vários especialistas, sendo eles oncologistas pediatras, cirurgiões pediatras, radioterapeutas, patologistas, radiologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos também é fundamental para o sucesso do tratamento. Hoje a sobrevivida por si só não basta: a verdadeira cura exige alcançar o

potencial biológico, intelectual, psíquico, emocional e social que acompanhava a criança quando foi acometida pelo câncer e submetida ao tratamento. A assistência multiprofissional deve promover a cura biopsicossocial do jovem após o término da terapia, contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida (Nucci,N; Mastellaro, M; Perina, E; 2008).

Segundo Chiattonne (1984),

Se a criança deve ser vista e entendida como um todo, é imprescindível uma equipe multidisciplinar. Quando a criança adoece, o atendimento ideal a ser buscado deve envolver uma série de profissionais da área de saúde. Não basta, no entanto, a existência desses profissionais no departamento se a atuação não ocorrer de forma integrada. Os diferentes profissionais envolvidos no tratamento do paciente trabalharão isoladamente. Essa união e formação da equipe multidisciplinar pode inclusive promover reuniões científicas, discussões de casos e estruturar grupos de pais (p.45).

Diante dessas considerações, o psicólogo mostra-se um profissional essencial no tratamento oncológico, devendo estar presente na equipe de saúde e facilitando o delineamento de um protocolo de tratamento mais adequado desde a entrada deste paciente e de sua família no ambiente hospitalar, participando da comunicação do diagnóstico, dos estágios do tratamento, da alta ou dos cuidados paliativos, sendo relevante também no auxílio aos pais na elaboração inerente ao processo de luto (Gurgel & Lage, 2013; Menezes, Passareli, Drude & Santos, 2007 apud Figueiredo & Alves, 2017).

O desenvolvimento infantil cognitivo é também afetado relevantemente durante o período de internação, sendo que estes podem ser longos e em grande número. Mesmo que a doença seja de cunho eminentemente biológico, o contexto em que a pessoa está inserida influencia de modo relevante a forma de manifestação e enfrentamento da doença, já que a criança se vê diante das limitações inerentes à hospitalização, tais como afastamento da escola, amigos e família. É um momento em que sentimentos de fragilidade, desamparo e incerteza são vivenciados em relação à sua própria vida (Cardoso, 2007 apud Figueiredo & Alves, 2017).

Neste momento, é importante reconhecer que cada criança e cada família terão reações particulares, sendo que estas dependerão, entre outros fatores, não só do estágio da doença, mas também da personalidade de cada um dos sujeitos envolvidos. Apesar disso, é possível afirmar que este momento exige que recursos internos sejam despertados para o melhor enfrentamento da situação, tanto do próprio paciente infantil oncológico quanto de sua família (Cardoso, 2007 apud Figueiredo & Alves, 2017).

Quando uma criança está hospitalizada, ela fica afastada de sua rotina, seu convívio e exposta ao sofrimento físico e emocional devido a todas as novas vivências inseridas no seu cotidiano, tais como medicamentos, exames, consultas e diversos procedimentos invasivos, bem como à fragilização física e à passividade, despertando sentimento de culpa, punição, medo da despersonalização e regressão no seu desenvolvimento psicológico e cognitivo (Figueiredo & Alves, 2017). Nesse sentido o psicólogo deve sempre ter como princípio a promoção da saúde da criança, onde ela deixa de ser um sintoma clínico, desprovida de sentimentos e sentido existencial. (Chiattonne, 1984).

O câncer foi, por muito tempo, uma doença incurável e, portanto, fatal. Esse estigma ainda permanece nos dias de hoje. Em uma pesquisa de opinião pública realizada pelo INCA sobre a doença, por meio da pergunta: “Quando você pensa em câncer, qual é a palavra que vem a sua cabeça? ”, grande parte dos entrevistados referiu-se a emoções negativas ou morte. Outro dado relevante foi obtido em Goiânia, onde 50% das respostas definiam o câncer como morte e doença fatal. (Bezerra; Taurisano; Prebianchi, 2018). É importante não perder de vista as informações relatadas ao longo do capítulo, pois cada vez mais essa doença pode ter um tratamento e está sendo cada vez mais pensado a respeito da integralidade do paciente para que seja cuidado em todos os aspectos.

Ao falar do câncer infantil não podemos esquecer de falar o quanto isso afeta seus familiares. Qualquer doença potencialmente fatal afeta a família como um todo não apenas o paciente. Todos terão sua vida alterada, de maneiras sutis e também significativas, ao longo do curso da doença. Quando uma criança adocece, a família também se sente adoecida e pode inclusive se culpar dos fatos, sendo esse um fator importante também especialmente quando está vinculado a religiões.

A doença é um fator de desajustamento do grupo familiar e então torna-se imprescindível uma atuação do psicólogo com essa família. A família deve ter oportunidade de falar da doença, de seus medos, fantasias, sobre a morte do seu filho, sobre o agravamento da situação e inseguranças de modo geral. A família expressando seus sentimentos terá condições de ser ajudada e conseqüentemente conseguirá suportar de alguma forma o processo de hospitalização da criança, e conseguirá também apoiá-la da melhor forma possível, sem medos e fantasias a respeito da doença e suas conseqüências. (Chiattonne, 1984).

3 Sobre a Metodologia

Trata-se de um trabalho de pesquisa qualitativo a partir do método da Fenomenologia-Hermenêutica de Martin Heidegger (1889-1976) apresentado na sua ontologia fundamental de *Ser e Tempo* (1927). A pesquisa consistirá em uma entrevista ou mais com um psicólogo clínico que atuou na oncologia infantil por cerca de cinco anos em um hospital municipal referência em São Paulo/Capital, para que se observe os impactos emocionais oriundos dessa relação psicólogo-doentes e família. Tal entrevista gravada e transcrita será analisada buscando extrair e desvelar os sentidos desses depoimentos. Cabe ressaltar que entende-se por sentido o horizonte de projeto que envolve esses entendimentos consonantes as disposições afetivas vividas nessas relações. Após a entrevista ter sido realizada dentro da modalidade de entrevista reflexiva, onde o entrevistador pode aprofundar e estabelecer uma relação dialógica com o entrevistado, esta será transcrita e submetida a uma leitura cerrada. Nessa leitura procuraremos destacar alguns indicativos de sentidos a partir do próprio discurso do entrevistado para posteriormente constela-los numa análise final.

A fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger difere da fenomenologia de Edmund Husserl na medida em que procura revelar o sentido do ser e não o puro reino das essências, sendo esse o projeto fenomenológico da fenomenologia eidética de Husserl. Cabe ressaltar que sentido (Sinn = rumo, direção do existir) deve ser entendido de modo distinto do significado. Sentido e significado pertencem aos dois campos semânticos da linguística. Enquanto o significado guarda o aspecto formal da linguagem, portanto o significado das palavras contidos no dicionário o sentido nem sempre se mostra, mas ele somente será compreendido a partir do contexto que em uma fala, comportamento, decisão e até mesmo um sintoma, um símbolo, um ícone ou fetiche se deu. Segundo Heidegger (2016) “ Sentido é o contexto no qual se mantém a possibilidade de compreender alguma coisa sem que ele mesmo seja explicitado ou, tematicamente visualizado” (p.408).

L. Binswanger fundador da Daseinsanalyse clínica, uma abordagem fundamentada nas contribuições de Heidegger chegou a utilizar o termo “projeto de mundo” para se referir ao sentido. Queria com essa expressão marcar que o sentido

alude a um projeto, portanto a um futuro. Nas nossas ações certamente ao realizá-las visamos um futuro, um projeto. Muitas vezes esse projeto não é claro pois ele está ancorado em contextos que intencionalmente queremos evitar como as inclusões ontológicas que dizem respeito a nossa fragilidade e incertezas próprias da condição humana.

O conceito de fenômeno expresso por Heidegger no parágrafo sétimo de *Ser e Tempo* diz respeito ao que se revela, ao que se mostra por si mesmo. Mais adiante ele dirá: “A fenomenologia é necessária justamente porque, numa primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não estão dados. O conceito oposto de fenômeno é o conceito de encobrimento” (Heidegger, 2016, pp. 75-76). Mais adiante o pensador ressalta que “Em sentido fenomenológico fenômeno é somente o que constitui o ser e ser é sempre ser de um ente” (p.77). Sendo que o ser de um ente, ou seja, de tudo aquilo que se apresenta a nós, no caso das entrevistas a serem realizadas revelarão sentidos, que serão desvelados. A fenomenologia em Heidegger

[...] é hermenêutica no sentido originário da palavra em que se designa o ofício de interpretar. Desvendando-se o sentido de ser e as estruturas fundamentais do *Dasein* (ser-aí) em geral, abre-se o horizonte para qualquer investigação ontológica (p.77).

O parecer refere-se ao equívoco, ao engano, ou seja, podemos nos equivocar a respeito do sentido daquilo que se apresenta a nós (CRITELLI, 2006). O exercício hermenêutico se debruça sobre a existência fática do ser-aí, ou seja, facticidade e liberdade pressupõe uma redução. Ao expor o fenômeno este deve ser trazido de modo devido, no sentido de oportunizar condições para que o sentido se revele. O ponto de partida é o que se apresenta, no caso a fala, o discurso (logos) do entrevistado.

Na presente pesquisa, com caráter de entrevista reflexiva, parte-se da posição prévia de estudar o fenômeno das experiências do trabalho de psicólogo na oncologia infantil e quais os impactos e temas são trazidos por esse profissional a

partir da sua relação com o trabalho, com as crianças, com os familiares, equipe e os impactos pessoais.

3.1 Participante

A entrevista será realizada com um psicólogo clínico de 56 anos que atuou na oncologia infantil de um hospital municipal referência em São Paulo. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa o que nos interessa é a profundidade obtida da entrevista em si e não a quantidade de profissionais entrevistados.

3.2 Procedimentos

A proposta do trabalho será apresentada ao psicólogo que será convidado para a participação de uma (ou mais) entrevista (s), que dependerá do quanto for possível se aprofundar, ou a partir da leitura de uma primeira entrevista, o pesquisador sentir necessidade de esclarecimentos a fim de se aproximar dos sentidos trazidos pelo entrevistado.

No primeiro encontro deverá ser assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) para o prosseguimento da pesquisa e entrevista. Além disso, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido contará com o nome e contato do supervisor - orientador da pesquisa que estará à disposição caso o entrevistado considere necessário.

Após a transcrição da entrevista, as respostas serão lidas rigorosamente e sintetizadas em “Unidades Indicativas de Sentido”(UIS) com a intenção de indicar as direções que o discurso do entrevistado aponta, sempre levando em conta que o sentido está sendo desvelado. Segundo Heidegger (2016) uma primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não estão dados. O conceito oposto de fenômeno é o conceito de encobrimento. Essa afirmação contribui para o método de analisar o discurso do psicólogo, visando sempre o desvelamento do sentido.

Para analisar a entrevista, será preciso realizar leituras sucessivas do discurso até inteirar-se do seu contexto em uma forma de tentar se aproximar para aquilo que possa conter significações do fenômeno que se procura compreender. No decorrer da interpretação fenomenológica, vai se tentando compreender os significados expressos nas falas (o que está sendo chamado de Unidade Indicativa de Sentido) com o objetivo de traduzi-los conforme sua percepção, mantendo-se sempre fiel às ideias do entrevistado. (GRAÇAS, 2000)

A partir desta primeira análise, as Unidades Indicativas de Sentido vão contribuir para elaboração de uma síntese, onde os temas serão agrupados com a finalidade de compreender o conjunto das UIS que serão extraídas. “É possível agrupar as unidades e formar as categorias a serem refletidas na construção dos resultados” (GRAÇAS, p. 32, 2000). Essas Unidades Indicativas de Sentido serão agrupadas, consteladas, de uma forma que sinteticamente criem-se temas geradores de sentido a respeito do trabalho do psicólogo na oncologia infantil, denominados: constelações.

4 Entrevista e Unidades Indicativas de Sentido (UIS)

Este capítulo tem como seu objetivo apresentar a transcrição da entrevista com um psicólogo que trabalha no Hospital Infantil Darcy Vargas, que atua na área de nefrologia e endocrinologia, e anteriormente, por cerca de cinco anos atuou na oncologia. Para além da transcrição, este capítulo apresentará as Unidades Indicativas de Sentido retiradas de suas falas em sequência, a fim de manter maior fidedignidade ao seu discurso e localizar ao leitor de onde cada UIS foi retirada.

A entrevista foi realizada presencialmente, na Biblioteca Mario de Andrade, localizada no centro da cidade de São Paulo no dia 06/04/19. Ao iniciar a entrevista foi explicitado novamente a intenção da pesquisa e alguns dos temas dos quais abordei para formular algumas questões disparadoras, mas que eventualmente para compreender ou aprofundar em alguma resposta, poderiam ser feitas perguntas a respeito do que o entrevistado falasse.

Legenda explicativa:

- **Entrevistadora: M.**
- Entrevistado: S.
- UIS: Unidade Indicativa de Sentido

M.: Como se deu a escolha do trabalho na oncologia infantil e o que te convocou para isso?

S.: Na oncologia na verdade, quando eu entrei já me colocaram lá e eu não imaginava né? Eu estava aberto para atuar em qualquer uma das áreas mas tinha uma psicóloga que estava saindo de lá, que inclusive é a psicóloga que estava saindo para atender os funcionários porque era uma questão administrativa, então ela teria

que sair da enfermaria. Ela não pode nem me acompanhar no começo, eu que tive que entrar e me apresentar, fui muito bem recebido, foi bem legal.

Unidade Indicativa de Sentido 1: não foi uma escolha específica a esta área de trabalho - eu estava aberto.

M.: E você nunca tinha tido experiência com oncologia?

S.: Com oncologia não, trabalhar com criança na área de oncologia não. Foi muito interessante, aprendi muito na onco, foi bem legal. Alguns momentos bem estressantes né, assim, nem tanto pelas crianças. É engraçado né porque a gente não espera, mas, muitas agem diante da morte de uma maneira até que tranquila, mas as mães é uma relação muito forte. Elas ficam extremamente movidas, perdem o controle, é natural né? Então isso te afeta um pouco, porque você testemunha aquela dor né? E tinham alguns períodos em que várias crianças morriam e aquilo vai se intensificando e as outras vão se desesperando, você vai aumentando o nível de tensão na enfermaria inteira.

A gente atende e a mãe “olha fulano faleceu e o meu filho tem a mesma coisa que ele tinha, toma os mesmos remédios que ele tomava, é igual” e a gente tinha que explicar “olha mãe, as pessoas são diferentes, podem ser os mesmos remédios, mas cada um reage diferente”. Então você tinha que relativizar uma certeza, porque não é uma certeza né? Nunca vai ter uma certeza de que vai falecer mesmo. Na verdade, às vezes há.

UIS 2: Trabalhar com as crianças até que tudo bem, mas as mães diante da morte de outros se desesperam, ficam descontroladas. O que morreu tomava os mesmos remédios tinha o mesmo diagnóstico. A vulnerabilidade e a impotência diante desses acontecimentos e mesmo do filho é visível e sofrida.

(a entrevista foi interrompida por conta da chuva e o entrevistado voltou a sua fala)

S.: Por mais que você tente se isolar e manter uma distância saudável, às vezes não dá porque sua função é ficar junto a pessoa, então você acaba se expondo e é um processo acumulativo né? Tanto que quando chegou uma nova psicóloga, depois de cinco anos e pouco de onco, eles perguntaram “então gostaria que você pensasse, você tá afim de continuar na onco, você cogitaria mudar?” e eu respondi “sim”, “mas você não quer nem pensar um pouquinho?” e eu respondi “não” (risos). Eu não cogitava mudar, mas na hora que me perguntaram que eu pensei nisso e já resolvi e pronto eu fiquei feliz com a minha decisão. O outro lugar é diferente né, então você tem que aprender coisas novas. O drama das pessoas é diferente do da onco. Porque na oncologia o grande drama é: ou você vive ou morre em dois anos e meio a três anos. Em maneira geral, em torno de três anos ou você é um dos sobreviventes ou não. A grande maioria sobrevive, em torno de 80% sobrevive, é bastante, tem doença que é mais fatal que isso. Mas esse período de dois a três anos estressa todo mundo, os pais. E já onde eu tô não, a grande questão é a qualidade de vida, não é sobre não morrer, mas é “pra que que vale a pena viver desse jeito?”, então é com isso que eu tenho que trabalhar, então eu tive que mudar a abordagem, então foi bom porque estou aprendendo coisas novas e aí deu uma recarregada, parou um pouco daquela coisa de óbito, óbito, óbito, óbito... Agora só as vezes tem. Aqueles 20% parece pouco, mas não é, e às vezes aumenta porque tem muita gente que vem para oncologia quando já não adianta mais, quando você só vai acompanhar a criança até o fim.

UIS 3: Continuar ou não na onco, as experiências são acumulativas e estressantes. Na onco você vive ou morre em dois ou três anos. Na outra área é diferente. O confronto com a morte (finitude) é inevitável. Na oncologia infantil a pergunta pelo sentido da vida não aparece para a criança, nem tampouco para os pais, o que está em jogo é viver. Na nefrologia convive-se com limitações grandes até extremas, a pergunta sobre a qualidade de vida e se vale a pena viver torna-se mais presente - tive que mudar minha abordagem de trabalho.

M.: Quando o câncer já está avançado?

S.: Sim, e acontece muito. Nosso sistema de saúde está todo desmantelado, tem muita gente despreparada na rede, então a criança às vezes fica circulando até alguém descobrir ou desconfiar que pode ser oncológico, e até descobrir qual tipo de câncer, a criança perde a vida dela nessa espera porque antes teria uma chance melhor, mas como se perdeu na burocracia do sistema de saúde, ela chega já condenada.

UIS 4: Parece que a impotência frente a condição clínica da onco, soma com a burocracia do sistema de saúde - demoras que oportunizam condições para que a criança chegue condenada - sem saída.

M.: Quais recursos você se apropriou para se aproximar e compreender as práticas da psicologia hospitalar na oncologia infantil?

S.: Bom, se você não se fechar na sua prática e tentar resolver tudo sozinho não demora tanto, você tem os médicos, e eu me aproximei de alguns médicos que tem uma experiência muito grande, então eles podem não conhecer técnicas psicológicas, mas eles tiveram que lidar durante anos. Então eu me aproximei principalmente de médicos que eram mais acessíveis e que se comunicam melhor com os pacientes também, e é fácil ver quem são, porque tem alguns médicos que ficam totalmente isolados e outros que se envolvem, ficam mais próximos. E para esses médicos eu realmente perguntava algumas coisas, se eu não sei eu vou e pergunto e se a pessoa se escandalizar eu digo “olha eu nunca trabalhei nessa área, tem coisas específicas aqui que eu não sei, então se você puder me ajudar”. Então com essa postura você rapidamente se adapta.

Eu lia alguns livros né sobre oncologia e psico-oncologia que eu não vou lembrar agora de cabeça, mas tem alguns materiais que são bons para prática. Tem alguns materiais em inglês também que eu baixei para ler e estudar mais a atuação, que é o que eu to fazendo agora também na nefrologia.

Falei também com as psicólogas, porque apesar de não estarem atendendo na onco, algumas estão lá há muitos anos, já atenderam casos em vários lugares e discutia com elas bastante, anotava sugestões, opiniões, referências. Conversava

também com as atendentes, as técnicas de enfermagem. Tudo isso é fonte de informação. É claro que assim nada disso é uma referência de autoridade, sabe? Mas é aquela coisa, todo mundo interage, então você pega com várias pessoas com posições diferentes, visões diferentes e se você conseguir se comunicar bem com elas, você vai montando na sua cabeça um quadro e você vai criando uma maneira de abordar ou pelo menos algumas tentativas de algumas maneiras de abordar. Mas também não tem coisas únicas a fazer né?

Agora o principal, o principal é o que você aprende com os próprios pacientes, familiares, e aí você tem aquela postura de ouvir, sem julgar, sem ficar catalogando porque é muito ruim se você chega por exemplo preocupado em encaixar uma teoria, porque você tem uma bagagem e aí você quer pegar sua bagagem e aí você fica olhando e... pera aí...é tipo “to esperando um coelho passar, e se ele passar eu pego ele”. Tô esperando a criança falar alguma coisa para encaixar. Quando você faz isso não é muito bom porque seu atendimento vai ser mecânico, vai ser como catalogar os livros baseado na sua bagagem. O que precisa fazer é promover o contato humano, empatia, observar a contratransferência, o que você sente em relação aquilo, mas não se deixando levar pelo que você sente, mas também não tentar impedir porque você é humano, você sente. Então no contato você vai tentando criar essa empatia, essa ligação. E quando essa ligação está presente, você tem o melhor meio de comunicação com o paciente, e aí perguntar, deixar que eles conduzam a conversa, a não ser quando não há conversa, aí você faz algumas tentativas de buscar, você gera conteúdo e para e aí a criança começa a trazer o conteúdo e aí vai, você recebendo, recebendo, sem pensar em teoria e em algum momento, quando você não ta focado na teoria, mas sim na pessoa, aí pode surgir uma hipótese para você, como um insight, não que voce nao use teoria, não usa o processo racional, mas é que aquilo já está na sua cabeça, estou falando só para não priorizar isso, prioriza o contato, porque aí ao priorizar o contato a coisa vai eventualmente acontecendo. É claro que não é toda vez que acontece um insight, às vezes é complicado, principalmente dependendo da situação, de quanto tempo você tem, do paciente, se ele está disposto a se comunicar ou não, em que momento da vida ele está, se ele está choque porque acabou de receber uma notícia terrível, ou se está extremamente de mau humor porque está tomando corticoide demais,

ou está em jejum, sentindo dores e desconforto. Soma tudo isso e imagina o estado de humor que eles ficam de vez em quando, então fica inviável, aquela comunicação, por mais que você já tenha estabelecido, naquele momento não vai existir, vai estar rompida naquele momento e então você precisa ter paciência. As vezes tem alguns estagiários que saem arrasados do quarto porque acham que não estão conseguindo realizar o seu trabalho, mas é porque não está com o paciente a todo momento, faz um trabalho pontual e às vezes naquele momento não tem mesmo a possibilidade de estabelecer uma comunicação com o paciente.

Eu lembro de em alguns momentos estar encucado com a morte de algum paciente e estar atendendo outro para fazer com que ele se sinta melhor e quem se sentiu melhor fui eu, porque a pessoa tinha uma visão... é... diante da morte... chegar perto da morte é uma coisa que muda as pessoas né, você saber que você está perto é uma coisa que muda. Então tem algumas pessoas que se você já tem algum problema psicológico, algumas questões, essas questões elas se reforçam... Não to falando que não tem crise, claro, todo mundo que pensa na morte e está perto dessa experiência, que tem medo de morrer, vai entrar em crises, porque são humanos, se não entrarem é até estranho né?

Nesses momentos de crise, é complicado você não ser levado por essa corrente de emoções também. Eu aprendi muito com as pessoas me contando coisas da vida assim, e aí você acaba aprendendo com uma o que você pode usar com outra criança. Eu já peguei ideias de algum atendimento, por exemplo com a P., o nível de maturidade dela era enorme, e eu lembro que eu tava começando, e no primeiro atendimento com ela eu peguei algumas coisas que ela me falou, que na verdade eu nem lembro agora, e usei em outros atendimentos e funcionou, deu certo, ou seja, eu consegui confortar uma com o diálogo da outra.

UIS 5: O aprendizado em lidar com a oncologia infantil foi se dando pela aproximação com os médicos de boa experiência e acessíveis, médicos que se relacionavam bem com as crianças - você logo percebe. Busquei apoio também de psicólogos, livros sobre oncologia infantil, mas você aprende muito com as crianças na relação com elas. O aprendizado consiste em se vincular, se associar e ficar aberto a esse encontro com as crianças, pois elas possibilitam um aprendizado para outros

atendimentos. Aprende-se muito com as crianças (outro) essa escuta é fundamental tanto para o psicólogo como para o paciente.

S.: Então se você pegar todo esse cenário, você tem muita fonte de informação e muita maneira de você se equipar, mas precisa ser paciente e sair do pedestal, sem medo de expor sua ignorância em relação ao assunto. Porque tem profissionais que tem medo de mostrar fraquezas, e expor o não saber, mas nesse contexto, não dá para aplicar sua vida e seus conhecimentos acadêmicos como se fosse uma prova oral, se você for lidar com alguém que tá lidando com a morte como se fosse uma prova oral, não tem jeito, você não consegue, não tem contato, você não pode estar alí para exibir o seu conhecimento, e aí quando o paciente reage como ele reagiria com qualquer pessoa que tem um contato distante, o profissional culpabiliza a paciente, como se ela não estivesse preparada, mas na verdade você quem fez uma abordagem acadêmica digamos assim.

Você precisa do seu conhecimento, porque se não vai passar a ser mais uma pessoa que está com dó da criança, e esse não é o seu trabalho, é fundamental, mas não pode ser o senhor da comunicação.

UIS 6: Necessário reconhecer que não se sabe tudo, expor sua própria fraqueza sem medo para adquirir cada vez mais conhecimento. O conhecimento acadêmico não deve ser a principal ferramenta porque pode acabar caindo na superficialidade do atendimento. É preciso ser paciente e sair do pedestal - admitir a dúvida/ignorância.

M.: Você pode dar um exemplo de uma criança que não estava disposta ou que você precisou pensar em algum outro tipo de intervenção para conseguir realizar o atendimento e que tenha dado certo?

S.: Ah tem vários casos em que eu tive que mudar a maneira como eu me apresento normalmente, tem alguns que são engraçados até, por exemplo, tinha uma menininha que ela tava quase com uma conversão histérica assim, teoricamente ela não podia andar, só que tinham sido feitos vários exames nela e ela podia. Ela era muito inteligente sabe? Ela era novinha, tinha uns 8 anos, e era muito inteligente

apesar de vir de uma condição social precária, morava no interior, um lugar totalmente sem recursos, no mato praticamente. Ela sempre foi muito inteligente mas também muito dramática. Um dia colocou na cabeça que não conseguia andar e o pessoal pediu para eu ir conversar com ela, tentar entender o que estava acontecendo e tal. Aí eu parei na frente dela e falei assim “você sabe quem eu sou?” e ela respondeu “não” e eu disse “eu sou o hipnotizador do hospital, eu vim para te hipnotizar para você poder andar e poder tomar banho” e ela começou a falar “não mas eu não consigo” e eu disse “sempre me falam isso” (risos). Aí eu peguei e expliquei “olha vou colocar o dedo aqui e você vai sentir que vai esquentar”, óbvio né, eu to vivo então vai esquentar... Coloquei o dedo na testa dela e perguntei “você tá sentindo esquentar?” e ela respondeu “sim tá” entusiasmada, e comecei a falar para ela ir levantando bem devagarinho e pedindo para ela ficar em pé e fui acompanhando a menina até o banheiro para ela poder tomar banho, e ela dizendo que não conseguia mas eu falei “não, presta atenção no meu dedo” e ela foi até o banheiro andando e eu falei “olha só, eu sou muito bom né?”. Até a diretora na hora tava passando e viu a situação e perguntou o que eu estava fazendo e eu disse que era o hipnotizador do hospital (risos). Mas aí funcionou, depois na próxima vez que eu fui ela falou “olha eu não preciso mais de hipnotismo”, eu falei “olha só que bom, se continuar funcionando com as outras crianças eu vou perder o emprego”(risos). E a menina quis mostrar que estava andando sem ser hipnotizada, e acabou que deu certo.

Uma outra vez também uma adolescente, estava jogando coisas nas pessoas, quando alguém entrava ela pegava e jogava alguma coisa, tava em uma crise de ódio. E eu fui chamado para fazer com que ela parasse de jogar as coisas (risos), é fácil né? É só entrar lá e falar para ela parar de atirar coisas nas pessoas (risos). Bom tudo bem, vamos lá né... Eu abri rapidinho a porta, fechei e fiquei de costas para ela, aí sem olhar para ela, eu sentei na cama da visita, estiquei meus pés no banquinho e falei “puta merda eu tô de saco cheio dessa porra” e fiquei com uma expressão irritada e ela olhou pra mim e eu olhei pra ela e falei “é, você que tá de boa deitada aí o dia inteiro, eu queria ficar deitado” e ela começou a gritar “o que??? Seu desgraçado, você acha que isso aqui é bom?” e eu perguntei “ué, e não é?” e ela disse “não porque eu to doente” e eu disse “doente? ué você tem o que? você

está com uma boa aparência” e ela voltou a gritar “eu to com câncer...” e aí pronto, primeiro ela continuou aos berros e depois começou a explicar os medos dela, e o que estava acontecendo e aí começou a diminuir o nível de energia e aí ela começou a me contar tudo, desde o momento que ela internou, como tudo acontecendo, ela foi xingando em alguns momentos e aprofundou em outros o que estava sentindo. Aí fui conversando e depois na hora de sair eu falei “olha vai pegar mal pra mim se alguém me ver aqui, se eu conseguir dar uma outra escapada eu volto”. No final da semana eu voltei no quarto dela e assim que eu entrei ela me olhou e disse “você me enganou” aí eu respondi “é, me desculpa, é que você tava jogando coisas nas pessoas..” e ela disse “é, eu não to jogando mais coisa em ninguém”, aí eu falei “ah que bom”, e aí ela pediu para conversar, e eu continuei atendendo ela e depois disso rolou super bem, comigo, com a equipe, ela acabou falecendo depois de um tempo, mas no momento em que ela precisava aquela intervenção rolou bem.

Uma outra vez também com uma menininha, eu estava lendo um livro infantil, e ela se identificou com uma menininha que era guerreira e tal e ela ficou feliz, ela se colocou no lugar, que é o que a gente faz né, a gente projeta quem a gente gostaria de ser e aí de vez em quando eu uso isso. Hoje em dia cada vez mais a menina tem se visto no lugar de heroína, aquela que vai salvar e não a que vai ser salva. E essa menina era meio que a líder das criancinhas do mesmo tamanho e aí ela se colocou no papel e achou legal.

UIS 7: O psicólogo se aproxima da realidade e sentimentos pelos quais os pacientes estão passando como forma de possibilitar um acesso à eles de uma forma diferente que não seja diretamente chegar e falar sobre o que a equipe está vendo como um problema: como pedir para menina tomar banho, pedir para que a outra não jogue mais as coisas na equipe. Teve situações que o psicólogo precisou inventar, criar, propondo situações como a de ser o hipnotizador do hospital.

S.: Outro dia eu tava em casa lendo um livro sobre cultura negra e tava falando sobre os Masai e para os massais, quando o menino chega em uma determinada idade eles dão uma lança para o cara para ele caçar e trazer um leão, se ele não conseguir

ele não precisa nem voltar. Alguns conseguiam, alguns morriam, por incrível que pareça a maioria não morria. Mas um leão pesa mais de 300 quilos, e eles tem que trazer, e normalmente voltavam arranhados, feridos mas ele tem o maior orgulho disso, entendeu? E aí eles pegam a pele do leão e colocam na parede, e isso marca o rito de passagem, de quando o menino vira homem.

Me aproveitei disso e dessa história do Masai e contava a história para os meninos e falava “olha, essa doença, isso que está acontecendo com você é o teu leão. Por que? Porque a maioria das pessoas da sua idade não passam por isso. Talvez você só fosse enfrentar um grande perigo na sua vida daqui a muitos anos, ou talvez nunca. Mas você foi apresentado ao seu leão agora, em uma idade não muito diferente do que os massai recebiam a sua lança. Então você pode vencer isso e vai pendurar isso na parede, você vai fazer a mesma coisa, pode ter cicatrizes, pode ter sequelas porque é a prova que você foi lá e matou o seu leão.” E isso funcionou muito bem para vários pacientes que estavam muito deprimidos, porque o pior da doença e da hospitalização é aquilo não significar nada, é assim ‘eu vou me ferrar, é só isso, eu to perdendo tempo da minha vida’ fora isso não tem peso nenhum, não tem significado nenhum né. Então quando você consegue fazer uma coisa assim, é claro que tem as diferenças individuais, tanto que com alguns pacientes essa história não funcionou, eles não se identificaram, mas outras coisas as vezes funcionam que também tem essa coisa de, isso aqui é um teste, uma missão, você vai sair disso diferente, não vai sair só com cicatrizes, você pode sair mais forte, tipo meu, você tá enfrentando a morte.

UIS 8: Tornar a experiência do hospital uma vivência que possa significar alguma coisa positiva, de vitória, de luta, de vencimento contra a morte para que a hospitalização não se torne algo vazio de significado- somente algo ruim, perda de tempo da vida. Utilizando muitas vezes recursos metafóricos, histórias de enfrentamento, de coragem, orgulho para vencer.

S.: Eu lembro de um menino que tinha vergonha de pedir as meninas em namoro e isso o atormentava e até a menina que falava que gostava dele, ele não tinha coragem. Aí eu falei pra ele “isso não vai ser nada pra você” e ele disse “como assim?”

É muito difícil” e eu falei “cara você tá enfrentando a morte aqui, você tá ganhando dela, a foice passou e você abaixou, você driblou, você está aqui, é um sobrevivente.. Meu depois de enfrentar a morte, pedir em namoro não é nada”. E aí ele começa a internação, a luta, os desconfortos da doença, começam a ser ressignificados. Se a gente consegue fazer esse tipo de resignificação, você tira a internação da falta de significado. A internação e a doença deixam de ser simplesmente um pedaço da sua vida, um pedaço seu que foi arrancado e que faz falta e que dói, não, vira uma missão, vira uma coisa que você pode usar a seu favor, e quando você conseguir terminar esse processo você vai estar mais preparado para lidar com várias coisas na sua vida, então, também é uma coisa que te constrói. Então se você conseguir criar uma coisa que transformar algo sofrido em algo que tem um propósito, aquilo deixa de ser um tumor ideológico voltado para fora que não tem nada a ver com você, não, passa a ser seu, passa a ser você também e aí vai, e muitas vezes melhora sistema imunológico, melhora a maneira da criança reagir, melhora comportamento, melhora várias coisas. É claro que cada caso é um caso, não tem uma chave que abre todas as portas, umas teoria que dê conta de tudo o que pode acontecer para o ser humano também, mas essas coisas são bagagens que eu fui aprendendo em alguns livros mas principalmente com os próprios pacientes. O conhecimento acadêmico é muito valioso para tudo isso, mas ele tem que ser a base, ser o chão onde você pisa, não tem que ser a única coisa que existe.

UIS 9: Possibilitar para os pacientes que a hospitalização, a luta contra a doença seja algo próprio. Se aproximar do paciente para que aquilo se torne algo mais pessoa e não utilizar o conhecimento acadêmico como única fonte de referência. Transformar o sofrimento vivido em um propósito - transcendência.

M.: Em que você se baseava para escolha dos materiais utilizados com as crianças?

S.: Tem algumas coisas que são características de faixa etária, por exemplo, se você quer medir o desenvolvimento do intelecto, você pega os estágios do desenvolvimento infantil, mas agora se for mais da ordem emocional, você pode

pegar mais coisas como livros, isso tudo é geral, você tem livros que são arquétipos então, todo mundo está sob domínio dos arquétipos, alguns um pouco mais e outros menos, como arquétipo do herói, do salvador, da culpa e reparação. Você pode usar isso com todo mundo, mas respeitando as faixas etárias né. Se você for por exemplo hoje em uma livraria infantil, tendo a bagagem de psicologia que você tem, você com certeza vai conseguir separar, inclusive os livros te ajudam porque eles dão a faixa etária também, você vai conseguir separar várias coisas tipo, isso aqui é bom para o desenvolvimento humano, isso aqui é bom para relação com os pais, isso acho que vai ser bom para trabalhar o Édipo.

UIS 10: Baseia-se na faixa etária e do nível de desenvolvimento das crianças para utilização de materiais. A depender do caso usar livros que trazem arquétipos que contribuem para determinado momento em que a criança está passando - arquétipo do herói por exemplo.

S.: Por exemplo, uma das meninas era muito séria, tinha uma situação difícil, a mãe rejeitou, o pai era muito irresponsável, e a menina que assumiu a responsabilidade de fazer as coisas, mas ela tinha dez anos e ela que cuidava do pai ao invés do contrário e isso deixou ela muito séria aos dez anos, ela não brincava assim... O pai arrumou uma companheira, e isso de certa forma fez bem para ela e era uma mulher legal, eu a conheci, só que era era uma mulher como o pai, era rude, era uma mulher simples, honesta, bem intencionada, mas tinha problemas de relacionamento, a coisa era um pouco fria, distante, mas dava para perceber que ela tinha carinho pela menina e ela sabia de tudo, ela cuidava da menina muito bem, ela sabia de tudo o que a menina precisava. Isso foi bom porque tirou das mãos dela essa função de adulto, mas essa função de adulto continuou, ela ficou disputando o lugar com a madrasta do cuidado com o pai e ficou como se fosse uma intrusa e a mulher ficou na dificuldade tentando ser a mãe daquela menina, mas do jeito dela estranho, mas ela demonstrava de outros jeitos né, então foi bem difícil. Aí eu acabei atendendo as duas e eu achei um livro que era de um urso que achava um menino e ia pra casa e tal e ficava cuidando do menino e aí o urso precisava devolver o urso para os pais, era alguma coisa assim. Aí eu mudei um pouco a história.. A e eu lembrei de outra

coisa, essa madrasta ela não abraçava, mas de maneira geral ela era uma boa pessoa e estava fazendo bem para os dois né. Aí eu contei uma história de uma urso que achou uma menina e a menina tava com fome e a urso ficou com dó e levou a menina para casa, mas ela tinha um problema, ela tinha as unhas gigantes, porque urso tem aquelas garras né, e aí a urso tinha medo de abraçar e machucar a menina, mas como a menina tinha se perdido do pai, a urso ficou lá cuidado e a menina foi ficando bem. Aí um dia a menina disse que tava bem e pediu ajuda para urso para voltar pra casa do pai e a urso decide ajudar, e aí quando a menina encontra o pai, ele pergunta onde ela estava e aí a menina leva o pai para conhecer a urso e aí de vez em quando eles iam lá visitar a urso e aí tudo bem. Aí mais pro final eu falei o seguinte, a urso não conseguia abraçar a criança, mas se ela ficasse de braços abertos a menina poderia abraçá-la e aí ela ia ser fofinha. Aí depois disso eu senti uma melhora nas duas e depois elas começaram a se dar bem.

UIS 11: O psicólogo utiliza de questões afetivas do relacionamento familiar para trabalhar a partir dessas questões com a construção de histórias para que a criança e também a madrasta possam assimilar seus papéis dentro da relação familiar com o objetivo de propiciar um bem estar familiar, a fim de tirar um peso e responsabilidade da criança para fazer com que ela aceite o papel da madrasta em relação ao pai e a ela mesma.

UIS 12: Atendimento também com os familiares quando necessário para beneficiar o estado afetivo e lugar em que a criança se encontra na família.

S.: Agora eu vou falar pra você que eu tenho certeza que foi por conta do que eu fiz? Eu não sei, pode ter sido um trabalho delas mesmo, eu não sei. Eu sei que na hora a ideia foi bem recebida, ela gostou dessa história e porque eu acho que talvez tenha funcionado? Crianças você sabe, elas pedem pra você contar a história um milhão de vezes e essas histórias que pedem para ser contadas ou que tem mais recorrência elas tem questões que a criança está tentando fechar, enquanto ela não fechar ela vai ver outra vez e outra e outra.. De repente ela não se interessa mais

porque ela já meio que superou aquilo, e aí podem ter outras questões, e aí podemos pegar outro livro, outra história, outra coisa.

Com a madrasta eu falei um pouco nesse sentido dela tentar se aproximar, no começo deu para ver que aquilo era difícil pra ela, mas depois foi melhorando. Então pode ter sido o convívio, mas talvez essa carga simbólica do livro tenha ajudado nessa aproximação.

UIS 13: A utilização de histórias foi bem recebida tanto que a criança pediu para que fosse contada mais de uma vez. Apesar disso, o psicólogo não garante que a história tenha sido o motivo da relação ter melhorado - a carga simbólica do conteúdo transmitido pode ter contribuído para a melhora da relação das duas.

M.: Como era trabalhar com as crianças que já era sabido que tinham pouca chance de ter sucesso no tratamento e já tinham a expectativa de vida reduzida? Quais sentimentos isso despertava em você, no sentido de trabalhar com uma criança que tanto você quanto ela já sabiam que não havia mais possibilidade de cura e que ela estava ali para continuar um tratamento para sobreviver por determinado tempo?

S.: Acho que aí depende da faixa etária. Com crianças pequenas ninguém, nem você vai falar e explicar isso e às vezes até a compreensão da criança não chega a tanto quanto você esperava, mas há uma comunicação, eu nunca acho que não há uma comunicação. Eu acho que há uma comunicação não verbal, a maneira como as pessoas estão tratando ao redor, o número de vezes que os médicos passam, a quantidade de remédios. Tem vários parâmetros que não chega a ser uma conclusão né para as crianças pequenas, mas eu tenho impressão que liga alguma coisa na cabeça delas tipo alguma coisa não está bem. É difícil a criança tentar por indução tentar adivinhar o que você está pensando né, mas é bem mais fácil para elas captarem o que você está sentindo. Se você está sentindo alegria elas ficam animadas, se você está triste elas percebem. Tem toda uma série de sinais, movimentos involuntários, tom de voz, a quantidade de informação é absurdamente grande. É uma quantidade tão grande que é mais o inconsciente que consegue

organizar isso, ele que organiza esses sinais porque a quantidade deles é grande demais. O jeito como alguém olha, o jeito como alguém aponta atrás do vidro para criança, a maneira como a mãe vai falar com o médico e a criança tá olhando e aí o médico fala alguma coisa e a mãe faz algum gesto e a criança capta que tem alguma coisa errada e aí a mãe vem depois de chorar no banheiro e a criança percebe. Ela vai entendendo que alguma coisa ao redor dela está mudando, alguma coisa ao redor está se criando entendeu? Tem alguma coisa ali que está tendo efeito nela. Acho que ela não entende em um nível profundo, mas em algum nível ela compreende alguma coisa e interage com isso.

UIS 14: Com crianças pequenas o psicólogo, médico ou familiar não explica necessariamente que ela irá morrer, ou que seu tratamento só vai prolongar brevemente sua vida mas não curá-la. Mas acredita que há uma percepção não verbal da criança onde ela capta o que os adultos possam estar sentindo, sem tentar deduzir, como por exemplo a partir da percepção de gestos, de olhares para criança. Inconsciente organizando esses sinais, pois são muitos.

S.: Emocionalmente quando você tá atendendo você depende de empatia, depende de coisas, desse tipo de contato, então você acaba sentindo um pouco essa tristeza, essa contratransferência, empatia, seila, chama como você quiser. Mas aquilo começa a te afetar, e aí você vai percebendo que é bom de um lado porque sua empatia está no máximo, por outro você pode perder a objetividade do que precisa fazer com a criança. É uma receita que é como cozinhar, muito sal é intragável e pouco sal intragável.

UIS 15: A contratransferência a partir da percepção da criança de que algo não está bem com ela afeta o profissional. É positivo por saber que o processo está se dando devido a empatia, mas emocionalmente pode-se perder a objetividade do seu trabalho.

S.: Agora com adolescentes bate a depressão, eles ficam extremamente deprimidos, ficam com uma postura assim 'nao adianta nada, pra que eu tô me esforçando aqui

se não tem motivo, eu vou morrer mesmo, esse povo só tá esperando eu morrer'. Mas eu acho que a base do tratamento também é aquilo do significado sabe? é descobrir como o adolescente tá entendendo aquilo.

UIS 16: A partir da postura deprimida dos adolescentes, trabalhar para entender como o adolescente está entendendo o que ele está vivendo. Buscar significado para aquilo, até mesmo poder verbalizar, manifestar-se.

S.: Tem alguns adolescentes que colocaram a proximidade com a morte como uma espécie de missão e aí fizeram vídeos, deram depoimentos, falaram 'Não!! É isso mesmo, tem que se esforçar, ajudar no tratamento, não pode desistir', eu acho que o sofrimento diminui. Sempre que você faz algo que significa alguma coisa né... tanto que felicidade é uma coisa que a mídia vende que não existe né? Tipo felicidade completa definitiva, a vida tem altos e baixos. Eu acho que quando uma pessoa tá feliz e ela não tá nesse contexto da mídia, quando alguém fala de verdade que é feliz, você está falando de uma vida com propósitos, acho que mais do que uma vida com propósitos, é uma vida com significado, onde você não tem um monte de elementos da sua vida que não significam absolutamente nada ou que só são coisas contabilizadas como perdas e conquistas. Se você entra nessa contabilização né, você tem áreas da sua vida que vão deixando sua vida encolher né, como se você tivesse criando uma casca ao redor e você vai virando uma parte cada vez menor. Então quando o adolescente consegue abraçar essa mortalidade, consegue entender que todo mundo vai passar por isso, que não deveria estar passando tão cedo, mas que ele está passando agora, não é que fica bom, ninguém fica feliz porque vai morrer certo? Mas integra sabe? Aquilo que está te matando não é uma coisa avessa, só com você, uma sacanagem de Deus ou uma vingança de alguma divindade, uma punição, ou azar simplesmente. Não é um azar, é uma coisa que definitivamente vai acontecer, pode acontecer em outros momentos mas tá acontecendo naquele momento, então não é azar, senão todo mundo é azarado porque todo mundo vai morrer né. 'Ah mas é um azar que aconteça tão cedo', isso acontece com muitas pessoas né.

UIS 17: O entendimento dos pacientes acerca do significado do que estão vivendo. Procurar não deixar elementos da vida sem nenhum significado. Isso pode possibilitar ao paciente uma compreensão de que todos vão morrer um dia, de que ele não está sendo castigado ou sendo azarado, que pode estar passando cedo demais pela morte, mas que isso pode acontecer sim, pois senão todos seriam azarados, pois todos vão morrer.

S.: O legal é o contato deles com o pessoal da mesma idade, porque aí eles se dão conta 'ah não é só comigo', não é uma provocação divina. Mas com adolescentes o processo é mais longo, delicado e muitas vezes a gente pensa em abordar a morte sabe? Porque a morte é um negócio que nos afeta né, a nossa própria morte é lembrada toda vez que a gente vai lidar com a morte, a nossa própria fragilidade é lembrada. Aí você tende a uma abordagem tipo falando de um jeito bem besta, que a morte não é ruim, que é um processo natural sabe? Aí você se perde um pouco, porque quando é uma coisa muito difícil mas é possível de ser superada e você tá num processo de superação, você pode focar naquilo como missão, agora quando isso não dá certo, é possível apontar para vida, aí você muda a estratégia, é tirar um pouco do foco tipo isso a gente já sabe que é horrível, que é humano e que todo mundo vai passar por isso né e é desconhecido, depois a gente não sabe o que tem, se há alguma coisa. Esses conteúdos, por exemplo, adolescente derrama em você, e você recolhe, não há como você devolver mastigado bonitinho, mas você recebe e isso já está ajudando.

UIS 18: O contato dos pacientes mais velhos da mesma idade ajuda no processo de aceitação de que não são os únicos que estão adoecidos.

S.: Agora na hora de fazer a abordagem, eu acho que o foco é "tudo bem, mas ainda não, você ainda está aqui comigo falando, você tem pessoas que tem possibilidade de se comunicar com você ainda, você pode fazer coisas ainda, você está aqui porque se não estivesse, nós não estaríamos tendo essa conversa. Se você não estivesse aqui, você não estaria triste com a possibilidade de morrer no futuro, mas você está aqui, agora enquanto você está aqui, vamos fazer alguma coisa e focar no

que a gente tá fazendo? Focar agora neste momento não na morte futura porque se todo mundo for focar na morte futura, a gente não sai do lugar mesmo, nunca faríamos nada. Você pode de repente fazer uma coisa muito legal agora que você nunca pensou porque você tá falando desse sofrimento, dessa coisa próximas, tudo bem né, isso a gente sabe, isso a gente já tem, agora a gente pode conseguir coisas que a gente não tem. É fácil falar né, mas não é fácil fazer e às vezes eu consigo e às vezes eu não consigo fazer. Como eu disse as variáveis são infinitas, depende do estado de espírito, a visão que a pessoa tem, religiosidade... religiosidade é um negócio legal, é horrível e é legal, depende da situação.

UIS 19: Quando a doença pode ser curada (tratada): trata-se o processo como uma missão a ser superada. Quando não é possível pois sabe-se que não há recuperação da doença, o terapeuta procura apontar para vida, compreendendo com o paciente que a morte é algo horrível mas que vai acontecer, aponta o sentido para outro foco um projeto de vida diferente e que seja possível realizar naquele momento. Às vezes a possibilidade de atendimento é a escuta do paciente, isso de certo modo contribui.

S.: Os adolescentes espíritas são os mais fáceis de lidar com isso, eles vêem como uma continuação, um progresso, um processo de aprendizado e uma vez que você aprendeu no espiritismo... eu não acredito em religião mas a gente ouve sempre né, e eu nunca minto sobre isso, mas eu respeito e eu posso estar enganado, então quem sou eu? Mas de vez em quando me perguntam eu sou honesto porque quando você tem uma relação desse tipo, que não é do topo do seu conhecimento mas é do nível humano, do mesmo nível, se você mentir, é muito fácil você ser pego, a pessoa olha pra você e lá no fundo ela sabe que você não tá sendo verdadeiro. Mas quando você consegue fazer a pessoa ficar no momento presente e entender que aquilo é vida também, ainda que no meio de mil coisas e tal, mas que ainda dá para ler um livro legal, ainda dá para jogar um jogo interessante, que dá para ter uma conversa interessante sobre as coisas, claro que sempre tem aquela sombra né, não tem jeito né. É como aquela história que a pessoa fica sentada com uma espada em cima da cabeça, ela sabe que a qualquer momento a espada pode cair e você morre, isso fica como sombra, não tem jeito, mas se você consegue ainda se ligar de alguma

maneira a realidade, a realidade concreta e imediata, se você ainda consegue tirar prazer de alguma coisa, se o paciente conseguiu, então você conseguiu fazer o teu trabalho. E às vezes o pessoal se empenha, e aí eles nem precisam mais de você. Tem gente que decide fazer um blog durante todo esse tempo, e aí vai, arrumar alguma coisa assim de 'vamo lá gente, a gente tem que se esforçar mesmo', ou apenas fazendo um relato de si mesmo.

UIS 20: Religião como uma questão que pode favorecer mas também atrapalhar a relação do paciente com o processo de compreensão da doença. Nos casos dos adolescentes espíritas é mais fácil a morte tem um sentido (finalidade), uma continuidade.

S.: Uma vez eu lembro de uma menina que estava fazendo um blog e eu lembro que alguém da equipe da psicologia achou horrível dizendo que a garota estava se deprimindo mais ainda, aí eu falei que não sabia se era ruim ou bom, que aquilo tudo que tá lá é horrível porque tá dentro dela, e será que é melhor deixar só dentro dela? Porque as coisas não saem das pessoas só quando chega um psicólogo e espreme elas pra saírem, as coisas saem de outros jeitos. Isso tá saindo dela de um outro jeito, ela tem uma motivação diária, que ela não tinha, ela tem uma ligação com a realidade que é o blog, que são as respostas das pessoas, a força das pessoas, às vezes alguém fala alguma coisa absurda e ela tem altos e baixos. Infelizmente o contato com as pessoas é dado a altos e baixos, através de coisas boas e coisas ruins, infelizmente, mas também eu acho que isso não é só ruim, porque sem conflito nunca há novas conclusões, novas coisas, nunca vai ver nada diferente.

UIS 21: Psicólogo realizando seu trabalho na possibilidade de fazer com que seus pacientes tenham algum momento de prazer. Isso pode resultar na iniciativa dos pacientes para fazerem blogs, incentivando outros pacientes ou apenas fazendo relato de si - Novas possibilidades, criação de vínculo para além do que está vivenciando internamente no hospital.

S.: As pessoas tendem a proteger demais né quem está doente e não trazer conflitos para elas, mas talvez justamente essa falta artificial de conflitos né... Porque você percebe que os conflitos estão acontecendo a sua volta, mas quando chega em você vira uma área neutra, onde nada acontece, tá tudo bem, aqui eu estou me sentindo bem, não fui chorar no banheiro, os pais não brigaram por causa de você, aqui eu to olhando você e to alegre apesar de você estar doente. Então tem essa área de neutralidade artificial ao redor do doente que ajuda ele a entrar em depressão porque essa área não significa nada, essa área é zero, nessa área as pessoas mentem, elas não entram mais em contato, elas não são mais honestas. E aí sim, você se sente numa bolha de solidão tremenda. Por isso eu falo para alguns pais 'se você for chorar por causa dele, volta e se ele perguntar porque você fala que ta chorando porque ta triste, porque ele não tá bem' e aí a pessoa tá sendo honesta, ela ta passando por aquilo com você, senão não dá para ultrapassar aquela muralha, se ninguém passar pela muralha com você, você vai ficar sozinho e aí é um inferno, um inferno sem significado. Na verdade talvez o inferno seja exatamente isso, o existir ser uma coisa que não significa nada nada nada, e aí pronto, você sabe que tá no inferno. Se tiver alguma coisa interessante, você já não está nele.

UIS 22: Essa área de neutralidade artificial em volta do paciente é muito prejudicial, possibilita o paciente a ficar mais deprimido, se sentindo solitário porque as coisas não significam mais nada pois há uma super proteção para que o doente não sinta mais nada. A sinceridade do familiar com a criança possibilita que ele entenda que não está passando por aquilo sozinho. O não significar nada, o neutro mantém você em um lugar ruim, quando há algo para se interessar, se apoiar em alguém, há a possibilidade de não estar nesse lugar ruim.

M.: Você falou sobre não ter como não pensar na sua própria morte quando você está lidando com a morte do outro. Como foi isso para você?

S.: Você vai pensar, e ninguém gosta dessa ideia, a gente gosta da ideia de continuar. Infelizmente não nascemos no Japão ou em outro lugar que privilegia menos o ego né, então a gente não quer perder essa coisa maravilhosa né. É até

engraçado porque se você vai em um lugar grande o suficiente pra você se sentir uma mosquinha tipo, se você vai numa montanha, ou no mar ou em algum lugar maravilhoso e imenso assim, as pessoas sentem uma paz que elas não conseguem descrever, na minha opinião, deu um curto circuito no ego, naquele momento você se sentiu só uma mosquinha. Então aquilo te dá a sensação de como é não ser você né? Paz, paz tremenda né, você se integrou. Não é que você não quer estar ali, quer desaparecer, não, você tá ali, ocupando o lugar de uma mosquinha, de um grãozinho de areia e você olha aquela coisa incrível e você fica sem palavras porque se sua auto imagem diminui naquele momento, todos os seus problemas também, vai tudo lá pra baixo e você tem aquele momentozinho de paz.

UIS 23: Entrar em contato com a morte dos outros é entrar em contato com a ideia da sua própria morte. Quando nos sentimos pequenos em algum lugar bonito e grandioso nos sentimos em paz, a auto imagem diminui e então nossos problemas (como pensar na morte) diminui, e podemos sentir paz. Aproximar-se da própria morte nos coloca num outro modo de considerar os nossos problemas - diminui nosso ego, faz alusão a cultura japonesa.

S.: Mas não, a gente tem o culto ao ego, a gente não quer perder, e a gente vai lutar pra continuar vivo porque a gente não quer, porque nos aparenta uma coisa horrível, a pior coisa do mundo. E a gente não gosta de lembrar disso e a mídia não gosta que a gente se lembre disso, ninguém gosta que a gente se lembre disso. Todo mundo quer colocar para debaixo do tapete. Não é novidade pra ninguém que as pessoas modernas não pensam muito na morte e tudo é feito para que elas fiquem mais afastadas possível né? Então hoje você tem aqueles velórios que duram pouco que não é dentro da casa da pessoa que morreu como era antigamente. As pessoas falam 'eu vou colocar um defunto dentro da minha casa? Eu não' 'Mas nem se for uma pessoa que você ama?' 'Não aqui não é lugar para isso, aqui não é um lugar para morte, aqui a morte não existe.

No Facebook por exemplo é a Disneylândia né, lá todo mundo é feliz e bonito, quando alguém fala de morte o pessoal detona falando "mórbido, estranho". Tudo bem que o Face é um prato cheio para gente dramática e que gosta de fazer uma

grande peça de teatro online, mas quando você coloca alguma coisa tipo que alguém morreu, tem uma lista de pessoas desejando meus pêsames. Mas se você começar a colocar um post por dia falando sobre isso o pessoal cai fora porque você tá lembrando diariamente que eles também estão nessa, que todo mundo vai morrer e não precisa me lembrar disso deixa pra lá deixa, deixa pra quando acontecer. É como se a gente tirasse a morte da nossa vida.

UIS 24: Na sociedade que vivemos hoje não temos lugar para pensar na morte, somos cada vez mais afastados de pensar sobre isso. Não se vê a morte como uma possibilidade, algo que exista. As redes sociais contribuem para isso, alguém que fala muito sobre a morte é tido como estranho e as pessoas não gostam de lembrar que a morte é uma realidade na vida de todos.

S.: No hospital é diferente, ainda mais na oncologia a gente lembra o tempo 'todo você vai morrer, você vai morrer, você vai morrer'. Você lembra que você tá aqui agora e conversando com alguém que está definhando. Um dia alguém pode conversar com você sabendo que você vai morrer e você sabendo, porque que todo mundo vai estar falando sobre isso, então no hospital não tem como você não associar né? E quanto mais dramático quadro porque às vezes a gente pega uns quadros né que a barriga tá gigante, o rosto parece uma caveira assim, ou tem falência de órgãos e a coisa vai descendo a ladeira, ou mal consegue respirar, mal consegue focar os olhos em você a mãe tá do lado olhando para você em busca de socorro, e o que que ela quer de você ? Ela não quer atendimento psicológico ela tá em busca de um milagre, ela quer que você coloque as mãos no filho dela, que de um clarão e ele fique bem. Você não pode dar isto, você não pode dar nada, você não tem nada a oferecer para mãe que ela queira, você só pode receber então o negócio é complicado né porque a morte é comum para todos.

UIS 25: Por reconhecer que a morte é comum para todos, o papel do psicólogo naquele momento, naquele contexto é visto como alguém que pode realizar um milagre. O psicólogo diz a respeito de não poder dar nada, porque realmente nenhum

profissional e nem ninguém vão poder dar o que o familiar quer ter, o que a mãe da criança deseja, pois a morte é o fim de todos nós.

S.: Agora você negar que isso é complicado, aí sim te atrapalha porque você vai ter reações em relação ao paciente que são resultado da sua defesa em relação a sua própria morte, porque você falar que não é importante pra você, eu duvido um pouco, nesse contexto eu duvido um pouco, é aquilo que eu já falei, eu acharia bem esquisito. Por exemplo um psicólogo que tá alí atendendo todo mundo na onco e morre, morre, morre e morre e a pessoa tá assim 'não, temos que pensar na vida', até enche o saco conversar com essas pessoas. Para mim parece uma tentativa histérica de se afastar desse conteúdo "feio" que "cheira mal", deforma as pessoas, que tem gosmas, vômitos, fezes e tal. Isso tudo é dramático porque.. eu to falando assim do nosso tempo né.. a gente colocou essas coisas como intocáveis e invisíveis, por isso que choca tanto. E aí tem alguns autores que falam sobre isso, sobre a morte na idade média, tem até um cara famoso, um francês chamado Philippe Ariès. Ele escreveu um ótimo livro sobre a morte, sobre como era feito na idade média essa relação do homem com a morte, e pô na idade média era muito mais normal sabe... Mal cheiro, cocô, lembra morte, a gente também não gosta do nosso cocô, a gente se livra dele, e na verdade nós estamos afastados das nossas próprias vísceras e fingindo ser outra coisa que não bichos. Mas nós somos, um bicho metido com cérebro gigante, mas nós somos bichos, e a gente não gosta de lembrar e a morte também lembra que nós somos bichos. A morte é incômoda sob todos os pontos, ela mostra tudo o que nós não queremos ver, ela nos afeta, ela me afeta, eu duvido que não afeta as outras pessoas e quem nunca afeta, mesmo lidando com pessoas que estão prestes a morrer, é estranho, eu não vou dizer assim que é patológico, seria arrogante da minha parte porque talvez hajam pessoas que não sejam e estejam realmente bem assim, tão bem a ponto de pensar 'ah ta tudo bem, a morte é linda, faz parte, é a natureza, veja o bichinhos' e tal. Se a pessoa consegue viver pensando assim 24 horas por dia e em nenhum momento ela pensa 'puts, to com 56, a média de vida é 70', porque as pessoas geralmente pensam nessas coisas né. E as vezes eu penso e eu to tranquilão e as vezes eu penso e não.

UIS 26: Colocar a morte como intocável e tabu choca a todos nós, talvez por isso alguns profissionais queiram se afastar dessa realidade no contexto hospitalar. Nós seres humanos nos afastamos de tudo o que nos faz lembrar que somos animais, e a morte é incômoda sob todos os pontos porque ela mostra isso pra gente e tudo o que nós não queremos ver.

S.: Às vezes esse pensamento me angustia, por exemplo, tô atendendo uma criança que tá pra morrer né e aí você começa a pensar tudo que passou na sua vida sabe, tudo o que você viveu, fez um monte de merda mas também fez um monte de coisa legal, conheceu um monte de gente, passou por experiências maravilhosas, mas você passou por tudo isso né? E aí vem aquele pensamento 'essa criança não pode morrer sem antes passar por todas essas coisas'. Da impressão pra você de que tá errado porque na nossa cabeça é isso mesmo né, a tendência em proteger crianças e tal é para levar a espécie adiante né, alguém que morre não vai levar a espécie adiante né? Hoje em dia a gente até não precisa porque a gente virou uma praga né? Se a gente olhar ao redor quantos bichos você está vendo sem procurar e quantas pessoas você está vendo sem procurar?... Onde a gente tava? Perdi o fio da meada... Ah, a volta na morte. Tá vendo, talvez eu tenha perdido o fio da meada porque isso incomode e aí eu saí fora do assunto porque incomoda, eu concordo que incomoda.

S.: Agora veja, o teu incômodo em relação da tua morte não é teu inimigo pra atender alguém que está prestes a morrer, ele é uma ferramenta porque se você fosse mortal, você não ia conseguir ajudar alguém que morre. Se você fosse mortal e as pessoas soubessem disso, quando você fosse ajudar alguém que morre ela ia falar 'sai daqui sua coisa não natural, seu monstro, você não morre, você não pode me ajudar, você não sabe como eu tô me sentindo e nem nunca vai saber'. É só porque você pode morrer e só porque você sente esse desconforto em relação a morte, que você consegue abordar a pessoa que está assim.

UIS 27: Em alguns atendimentos a angústia da morte passa pela cabeça do psicólogo ao pensar na criança que sabe que não tem recuperação como uma abertura que poderia ter uma vida inteira pela frente para viver e realizar coisas.

UIS 28: Entrevistado reconhece que só é possível tratar alguém que morre porque todos morrem, porque o próprio terapeuta sente o desconforto da sua própria morte.

M.: Consegue lembrar de algum caso de algum paciente que tenha falecido e que tenha que afetado muito?

S.: Ah muitos casos, teve uma menina chamada P., ela estava com leucemia, estava em tratamento já há dois anos, aí eu entrei e a conheci e acompanhei por um ano e aí ela faleceu. Ela tinha uma visão que é difícil de explicar, ela tinha uma visão clara da morte mas ela não era intelectualizada, era uma coisa diferente. A personalidade dela... porque você tem empatia com umas pessoas mais do que com outras, a gente tenta desenvolver empatia em todos os pacientes, mas tem gente que você naturalmente tem empatia, né? Quando isso acontece, você se aproxima mais e por se aproximar mais, se romper o vínculo por conta da morte, você sente mais, fica mal. Eu fiquei um pouco mal com a P. Ela era uma pessoa assim... uma vez chegou lá uma mulher “que o sangue de Jesus te abençoe e que não sei o que.. e Deus está fazendo isso com você porque é para dar uma lição em nós, é para mostrar para nós a verdade e não sei o que” e a P. ajeitou o óculos, e falou “pa-pa-pa-para... Quer dizer que eu fiquei doente para te dar uma lição? É ruim em. Quer dizer que eu sou a lousa de Deus? Por que não podia ser você pra dar uma lição pra mim? Você já ta velha, eu tenho bastante coisa pra fazer ainda”. Nossa a mulher saiu arrastando a mão no chão assim, a mulher saiu mal.

UIS 29: Empatia estabelecida naturalmente como uma força de vínculo maior, por esse motivo terapeuta busca sempre a empatia e o vínculo com seus pacientes.

UIS 30: Religião nem sempre bem vinda para justificar a condição da doença, o motivo pelo qual a criança está passando por aquilo.

M.: Quem era essa mulher?

S.: Era uma das visitantes, que às vezes vai lá falar sobre religião e tal. Teve um período que qualquer um entrava, agora tá mais rigoroso e elas recebem uma orientação para já não acontecer esse tipo de coisa, mas às vezes acontecia. Mas a P. botou ela pra fora, e ainda disse “e olha para de falar em sangue tá? Porque ela aqui, você falando de sangue e a menina aqui tá assustada, sai daqui”. A menina no caso é a que estava dividindo o quarto com a P. Tinha vez que ela ia tomar remédio e tal aí ela falava “ah não agora eu não quero, volta depois” e a enfermagem ficava louca com ela. Mas cara ela tava condenada e ela sabia, então na minha opinião ela tava super saudável, tentando fazer o ambiente ficar melhor, para ela ficar mais tranquila, ela não queria que ficassem lá enchendo o saco. Mas ela era direta, quando chegou o dia dos namorados ela perguntou “Silas o que você deu pra sua mulher?”, não “o que você vai dar pra sua mulher?” e eu falei “todo o meu amor” (risos) e ela respondeu “aaah que todo o meu amor, faça o favor de comprar um presente pra ela, eu vou cobrar, vou perguntar pra ela”(risos). Aí depois eu falei ‘ah eu dei não sei o que’ e ela ‘só isso?’ (risos).

Eu lembro assim, o pessoal quando tá muito mal, o pessoal vem “olha você quer alguma coisa que você sempre quis?” e ela percebeu o porque isso tava acontecendo, aí uma mulher falou “olha você vai ver o Gianecchini” e eu tava no quarto na hora, ela olhou pra mim e falou “tô ferrada”, ela sabia o que significava aquilo, é o ponto já era. Acho que deveriam sortear, ta mudando porque antes era muito ruim, ficarem perguntando “quem você quer conhecer?”(risos)

UIS 31: a criança que não havia chance de recuperação e estava condenada era “presenteada” com alguma coisa - algo “bom” para acontecer nos últimos dias da sua vida. O psicólogo acredita que deveria ser sorteada essa oportunidade e não dada apenas para alguém que não tem chance de recuperação e morrerá em breve pois a criança compreende essa situação e isso acaba reforçando sua condição, como a menina diz “tô ferrada”.

S.: Era engraçado porque eu nunca chegava lá e ela tava deprimida, ela tava triste as vezes, mas não era depressão porque conseguia associar, simbolizar, conversar com você, ela gostava de interagir, mesmo quando tava mais triste e estava interagindo conseguia ficar mais alegre em alguns momentos e tals, mas ela tava elaborando. Então foi uma pessoa que passou pelo processo sofrendo muito menos que a maioria da idade dela, e ela conseguiu passar sem grandes missões sabe? Ela tava sendo ela e talvez a missão fosse ela ser ela. Ela animava os outros, ela falava esse tipo de coisa “ou você ainda não ta morto não, vamo levantar antes que você grude aí nessa cama”, ela brincava, falava umas coisas e o pessoal ria assim. Aí quando ela morreu eu fiquei meio assim sabe? Eu tava nas ferias, fiquei sabendo por mensagem. Se fosse durante o ambiente de trabalho talvez fosse diferente, porque no ambiente de trabalho não dá tempo nem de você pensar, você vai de uma coisa pra outra e pra outra, mas esse dia não eu tava lá tranquilamente sem fazer nada e mandaram a mensagem, eu fiquei bem mal. Lembro de ter perguntado durante esse um ano que eu a acompanhei para os médicos qual era o estado dela e eles sempre responderam que não era bom, um deles até falou ‘não se apegue muito viu?’ aí eu respondi ‘Isso é fácil vocês falarem, isso vocês podem decidir fazer ou não, nós não podemos’, porque se eu decidir que não quero me apegar eu não tenho aquele canal de comunicação que é imprescindível pra você atender, se eu resolver não fazer isso, eu vou fazer uma droga de um trabalho, mas para os médicos realmente eles tem resultados de exames, sabem que remédios dar e entra e explica e dá o remédio e pronto, fez o trabalho, não precisa se conectar a criança se não quiser. Mas a gente precisa pensar, tentar entender como é estar no lugar dele, como ela está se sentindo aí, como é estar passando por isso agora? E você começa a investigar através da conversa, do diálogo, da brincadeira, fala com os pais e aí isso vai abrindo pra você uma possibilidade de definir coisas, não é como se você se fechasse, se protegesse e trabalhasse, só se você for aplicador de testes e mesmo assim depende do teste, se for tipo Rorschach você não vai conseguir aplicar, você vai estar todo defendido né, nesse contexto contra a morte por exemplo. Como você vai conseguir entender que as pessoas estão projetando algumas coisas se você mesmo não projeta nada e só quer se fechar aí? É complicado.

UIS 32: as crianças que tem como missão serem elas mesmas e não ver o processo como outro tipo de missão a ser cumprida, ela se apropria melhor da situação e com isso inclusive consegue ajudar o restante dos pacientes, os motivando, tirando de uma posição mais deprimida.

UIS 33: A relação do médico não exige que ele se aproxime afetivamente da criança, se ele quiser pode basear seu tratamento em resultados dos exames, explicar o porquê de dar aqueles remédios e pronto.

UIS 34: Ao dizer para o psicólogo não se apegar, não se torna uma possibilidade de trabalho pois não viabiliza a relação terapeuta e paciente. Ele precisa pensar, tentar entender como é estar no lugar da criança, como ela está se sentindo ali, conversar com os pais e não se fechar e ficar defendido naquela relação. - A intenção é compreender e para isso é necessária comunicação, vínculo.

M.: E o trabalho com os pais?

S.: Às vezes os pais são...Os pais da enfermaria na onco na época...Eles sofrem demais, sofrem muito e eu já peguei de tudo. O mais normal são os pais que sofrem junto com a criança e tentam super protegê-la e aí a criança pode tudo, eles tem essa sensação de que... e a gente tem de uma determinada maneira abordar e falar “não é porque ela ta internada que não se educa mais, que não exerce mais autoridade sobre a criança’, porque até para ajudar o tratamento isso é importante, porque o que acontece, é assim, se você parar de educar a criança, o limiar de frustração dela vai cair cada vez mais e aí chega uma hora que ela fica insatisfeita com tudo e a situação já não ajuda né? Tem vários aspectos que não ajudam, então, ela vai sofrer na verdade muito mais. Se você tem a atenção dos pais, tudo bem, você tem o carinho, o amor, o abraço dos pais, se você tem tudo isso é muito bom mas se você não tem limites para tudo o que você faz e não tem nada que contenha aquela frustração, aí você se entrega pra ela, percebe? Quando você não deixa alguém se frustrar com nada, você tá mergulhando ela no mundo de sofrimento, pode ser adulto até. Você faz tudo o que um adulto quer, tudo, tudo, tudo, tudo, ele fica entediado,

fica de saco cheio, tudo incomoda, as coisas não tem sentido, as coisas não prestam pra nada, as coisas também vão perdendo o significado sabe? As coisas também vão perdendo porque não há limites pra você, você cutuca as vezes para ter uma resposta. Então é um tipo de comunicação se você for pensar assim, se você incomoda alguém e a pessoa pega e te incomoda também e aí vocês começam a conversar, e aí vocês chegam em algum lugar, seja as pazes, seja a alguma conclusão, seja um projeto ou seila o que.

UIS 35: Quando os pais são super protetores e querem proteger seus filhos achando que não precisam mais educá-los porque querem ceder as vontades da criança adoecida, na verdade estão contribuindo para que o limiar de frustração caia fazendo com que ela fique insatisfeita cada vez mais, o que não contribui para sua condição no hospital, pois ela pode começar a rejeitar o tratamento, ela não se frustra mais com nada e começa a entender as coisas como sem sentido, as coisas vão perdendo o significado. Isso influencia inclusive na relação da intervenção terapêutica onde muitas vezes o psicólogo faz uma pergunta incômoda para que o paciente possa falar.

S.: Agora você cutuca e ninguém responde, porque ninguém pode responder você . É a mesma coisa que você interromper algum tipo de comunicação 'pô, você sempre me educava e agora você não me educa mais, não é possível, eu estou aqui, eu ainda existo, eu to vivo' e aí a criança cutuca mais e ninguém responde, e aí ela vai ficando cada vez mais frustrada, é assim, ninguém contém, e aí a criança se esparrama né. O que você faz? A criança é contida pelos pais de alguma maneira e você vai ajudando ela a criar a noção própria de identidade, aí se você não tem nada, não tem uma regra, você pode achar que está fazendo bem para ela, mas você não está, vai ser muito mais difícil para ela enfrentar todos os desconfortos do tratamento, as dores, os procedimentos, vai ser muito complicado pra ela, e ela vai e se esparrama, perde a noção de si mesmo e briga e vira um bichinho e sofre, sofre, sofre, sofre. E não adianta, chega alguém e fala 'olha você precisa tomar isso' e a criança diz que não quer e pega e joga as coisas no chão. E a criança sente que pode, eu posso porque se eu jogar você não faz nada. E isso parece para alguns pais que estão fazendo o melhor tipo, coitado do meu filho, eu não posso dar bronca

e se ele morre e a última coisa que eu falei pra ela foi uma bronca? Mas a bronca também é um sinal de amor né, que você se importa, mas falar isso para os pais no meio da dor do luto antecipatório é muito difícil. E em vários casos mesmo que a criança esteja bem, os pais vivem o luto antecipatório porque eles ficam mais pessimistas, cansados, e a mãe não dorme direito, aí vai ficando mais pessimista e acha que a situação do filho está ficando mais grave. Aí elas começam 'não, não, deixa ele fazer o que ele quiser..' Mas isso é ruim porque aí você não está mais se relacionando com o filho vivo, você está se relacionando com o filho que já morreu, você está antecipando a morte e aí acaba que já está sofrendo o luto e você fica pensando que esse filho morto não pode estar restrito de nada.

UIS 36: O medo dos pais contribui para essa "proteção" ao seu filho adoecido porque eles temem que a bronca, por exemplo, seja a última coisa que eles tenham falado para seus filhos.

S.: Quando você faz o contrário e repreende você está trazendo pra vida, tipo ele está aqui ainda, é meu filho, ele tá vivo, eu vou continuar passando meus valores, meus conselhos e vou tentar fazer com que ele não desrespeite ninguém porque quero criá-lo pra isso, e todos esses pensamentos estão ligados a vida né. Agora quando não quer que fale a verdade, não quer que tome determinadas atitudes porque tem medo de ser a última vez, você tá no domínio da pulsão de morte, é a pulsão de morte que tá falando aí e aí você às vezes... Quando tem alguns pais que estão mergulhados, já estão velando o corpo né, já não é mais uma internação, é um velório e você tenta trazê-los é claro que há resistência. Por exemplo, eu falo para as mães 'se você foi no banheiro e chorou, a senhora volta e a criança vê que chorou e pergunta se ela tá triste, a senhora não vai falar que não está, a senhora pode falar que está, que está triste porque está muito preocupada com a criança, não é pra falar (voz enérgica) olha eu to triste porque você tá com cancer e você vai morrer. Não é isso que a gente tá falando para senhora fazer, mas não mentir para o filho, explicar que está triste porque ele tá doente e explicar que você também se sente triste de precisar estar lá'. E isso é bom porque a criança não se sente triste sozinha de estar alí, tipo 'não sou só eu'. E aí a mãe vai e explica que ela tá alí, que tá triste,

mas que tá ali com ele pra ele melhorar, e aí a criança entende que a mãe se sente como ele, reconhecendo, entendendo que a mãe tá falando que eles precisam estar ali, então acaba aceitando melhor.

UIS 37: Pais ao tratarem seus filhos deixando eles fazerem o que quiserem, contribui também para a ideia de que estão tratando com um filho já morto, vivendo a partir de um luto antecipatório, evitando que seus filhos sejam restritos a qualquer coisa.

S.: Fazer os pais saírem dessa posição é a coisa mais difícil que tem, mas alguns pais não mudam e continuam a tratar a criança da mesma forma e isso é muito bom, porque já dá uma base.

Agora a negação, a negação eu acho que é muito, eu tô lidando com uma mãe por exemplo, apesar de não estar mais na onco que ela não confia porque todas as vezes que ela confiou em adultos, essa confiança foi abalada, ela teve uma vida muito difícil, mas aí ela não confia nos médicos. Ela traz a criança e às vezes até a criança não teve nada, mas ela disse que teve porque ela acha que no hospital se acontecer alguma coisa vai dar pra socorrer, o que é verdade por um lado mas por outro, ela tá insegura, mas não é porque aconteceu alguma coisa, é porque ela não confia, ela acha que os médicos querem só que ela vá pra casa para vagar leito. E ela pergunta se o médico sabe mesmo, ela precisa dessa afirmação, e mesmo assim ela não confia. E essa mãe tem medo de conversar com a médica, aí ela diz que esse medo de falar com a médica é da médica ser estúpida com ela e aí vem a questão 'qual é o maior medo da senhora, levar uma bronca da médica ou que alguma coisa seria aconteça com seu filho?'. Então essa senhora está enfrentando esse medo, mas ainda há a falta de confiança, ela tem direito a informação, mas ela não confia. E claro, ela conhece o filho melhor do que ninguém, mas os médicos conhecem muito bem a doença e do que o filho dela precisa naquele momento, então pra ela entender o que está acontecendo com o filho dela, ela vai precisar enfrentar esse medo e vai precisar pelo menos acreditar no que o médico está dizendo, e a gente tem que falar. não tem jeito, que se ela não confiar no tratamento e quando os médicos dizem que o filho está bem para ir pra casa, que ela vai enfrentar um mar de sofrimento, e nem nos momentos que o filho estiver bem, sem precisar estar no

hospital ela vai conseguir viver bem com ele, porque vai estar sempre insegura, serão muitos anos desperdiçados.

Agora o mais difícil é quando a família não está nem aí, tá de saco cheio, tem 50 crianças em casa e pensa se morrer um, é um, entendeu? Daqui a pouco vem outro, sabe aquela coisa? Em algumas famílias existe uma dessensibilização, porque já estão em uma condição social horrível, tem filhos demais que eles também não conseguem cuidar, e ficam reclamando na frente da criança que precisa voltar pra casa, e acabam colocando uma carga em cima da criança.

Então quando você pega pais desse jeito é complicado porque te evoca outra coisa, você é humano, te evoca o que? Raiva, certo? Não peraí o cara tá reclamando da comida aqui, da cama enquanto o filho dele tá na pior, se ele for pra casa ele vai morrer e ele quer levar o filho pra casa. Isso é outra coisa que você precisa lidar, porque você tem empatia por alguém assim? É difícil. Há limites e você precisa saber seus limites enquanto psicólogo. Por exemplo, se está extremamente aversivo, seila se você quando criança não era cuidada direito, e aí você vê uma coisa dessas, que por si já dá raiva, a chance das duas coisas se alinharem e aumentar ainda mais esse afeto negativo é muito grande, então você tem que se perceber. Se você se perceber assim, adia essa conversa, a conversa não pode acontecer naquele momento, na verdade em relação aos pais e a você, você precisa prestar muita atenção em você e neles também, quando você perceber que isso provavelmente não vai funcionar passa em outro momento, espera um pouco, pensa a respeito, alinha, pensa que é o que eles puderam fazer, essas pessoas provavelmente tiveram uma educação horrível, tiveram infância e adolescência ruim e a vida é muito horrível ainda, não tem outros prazeres na vida, eles dão a atenção que eles conseguem dar sabe? É difícil pra você às vezes assumir essa postura, então precisa ficar atento para não misturar as suas coisas, como em uma terapia normal né? Mesmo para atender assim tem esse problema de você se afundar em todas as contratransferências e em vez de ser fonte de informação, uma linha guia para o seu trabalho, você se entrega pra elas, e aí você já não tá mais fazendo, você só está dando vazão a sua própria neurose.

UIS 38: Quando os pais não ligam para as crianças e estão lá porque precisam estar, pode evocar raiva no psicólogo - somos todos humanos, existe a possibilidade de nos identificarmos a partir da nossa história com o que está sendo vivenciado ali. Necessário adiar a conversa para não interferir no atendimento.

S.: Por que por exemplo eu já trabalhei com colegas que acabavam impondo 'olha você precisa fazer isso...' e aí né você saiu, saiu da psicologia porque não é a mesma coisa que você dar um conselho, ou fazer uma recomendação porque você sabe que aquilo vai melhorar a relação da família e tal, com cuidado. Mas essa imposição vira uma lei, uma ordem e aí você saiu da sua função, você só virou alguém irritado, e não necessariamente o que ela falou não é útil, mas você parou de ser psicólogo, você tá só uma pessoa irritada com um comportamento que você considera inadequado. Qualquer um pode cair nisso entendeu? Nós somos humanos, aquele dia sei lá, você tava irritado e aí complica a situação.

Se a pessoa manjar muito, for muito inteligente e ser ao mesmo tempo muito arrogante eu diria que é uma coisa muito complicada para atender, porque você vai tá atendendo casos clínicos que você montou na sua cabeça, é como se estivesse brincando de casinha sozinho, você nunca vai atingir essas pessoas, as vezes acontece alguma coisa nelas porque as pessoas absorvem o que você passa do jeito delas e mesmo que não haja a relação da forma como deveria ser, algumas coisas que você fala pode dar certo. Mas é tipo você está brincando de casinha sozinho e aí do nada uma criança acha legal o jeito que você tá brincando. Agora, ele tá envolvido? Não tá, tá brincando com as coisas dele. Se você não consegue esse vínculo é difícil trabalhar.

UIS 39: Não adianta apenas ser muito inteligente, a arrogância faz com que o profissional acabe atendendo casos que montou da sua própria cabeça, sem o vínculo é difícil de trabalhar.

M.: Lembra de algum caso que foi marcante em relação a sua experiência com os pais?

S.: Com os pais são vários casos. Tem pais que ajudam, tem pais que atrapalham. Tem alguns casos que os pais são fonte de informação pra mim, porque eu não tenho filhos né, então esses pais acabam passando pra mim uma questão interessante, importante, inclusive para continuar atendendo. Agora uma coisa é certa, se você acha que sabe muito você pergunta menos né? É importante não achar que a gente sabe tudo e se ver como uma esponja né, que absorve tudo, todo tipo de informação.

UIS 40: aprende muito com os pais pois não tem filhos. Importancia de se ver como uma esponja que absorve todo tipo de informação.

M.: Como você sentia o cuidado da instituição com os psicologo e particularmente com você? Tem acesso a alguma terapia? Você também chegava a compartilhar experiências com os outros psicólogos?

S.: Nas reuniões a gente sempre compartilha né porque tem alguns pacientes que você não entende, por exemplo, eu estou atendendo um menino que não fala mas em casa ele fala, mas ele decidiu, e ele não tem nada na voz, ele decidiu que não ia falar com a equipe de saúde, seja médico, psicólogo, ninguém. Mas eu to atendendo e ele interage bem, ele ri, mas por que ele não fala? Eu não sei. As pessoas me perguntam o porque ele não fala, e eu não sei, eu não leio pensamento, eu to atendendo, preciso criar vínculo, ficar um tempo junto, mas assim eu levei em reunião e aí todo mundo dá sugestões e eu vou pensando a respeito, fazendo tentativas. Tem dias que eu faço um monte de tentativas e ele desanda a falar e aí todo mundo me pergunta o que eu fiz, e eu digo que não sei, porque fiz muita tentativas, talvez assim como ele tenha decidido parar de falar, ele decidiu falar, e só.

UIS 41: Discute casos com a equipe para receber sugestões para tentativas de intervenção em alguns casos.

S.: Mas há médicos que vêm e perguntam e não entendem, não aceitam essa resposta, mas sorte que na onco e agora na nefrologia a maioria não é assim, a equipe entende e reconhece. Aí com pessoas assim você pega dois dedos de teoria que ele não conhece, porque ele é médico e não psicólogo e pronto ele já para de te encher o saco. Mas eu acho que assim, você nunca vai conseguir conversar francamente com uma pessoa que não fala 'não sei', sobre qualquer coisa.

UIS 42: Alguns médicos não aceitam a incerteza a respeito de algum caso pois não compreendem como se dá o trabalho do psicólogo. - Inclui teoria na resposta para não encher o saco.

M.: E alguma vez você já interferiu por alguma conduta do médico com a criança ou com algum familiar?

S.: É.. já algumas vezes por causa de comunicação, porque assim eles passam menos tempo com os pacientes né, não menos tempo, na verdade eles passam bastante tempo com os pacientes, mas interagindo a gente passa mais, então a gente acaba aprofundando mais, com exceção de alguns médicos, tem alguns que fazem muito bem essa coisa da socialização. Os que não fazem, mesmo assim conseguem trabalhar, eles são bons profissionais e não tem porque eles não ficarem ali, está ótimo que eles estejam ali. Só que aí ele tem um padrão de adolescente, tem um padrão de criança e eles interagem com o padrão muitas vezes e às vezes para aquela pessoa o padrão não funciona. Então às vezes a gente chega e fala, mas assim você não pode chegar com o pé na boca porque ele já se considera superior, na verdade todo mundo trata como superior também, você tem problema com um médico o médico ganha, não importa o que seja. Então eles têm essa postura e mesmo os que não são assim, por causa dos outros eles também não podem se mostrar próximos demais né se não ele acaba não sendo respeitado pelos outros. Mas aí o que a gente tem que falar e aí eu chego em algum outro momento e falo 'olha Dr. essa pessoa tá passando por um momento muito difícil, não tá bem emocionalmente então seila, tem como chegar pra ela e dar um pouco mais de

atenção, pegar um pouquinho mais leve, não entrar rasgando assim?'. A maioria fica super tranquilo.

UIS 43: O médico se sente e é tratado com superioridade no hospital, inclusive não podem se aproximar muito dos pacientes pois perdem respeito dos outros médicos. A conduta deles é de tratar os pacientes a partir de um padrão de crianças pequenas, adolescentes, etc, mas em alguns casos o padrão não funciona. - psicólogo interfere nessa relação dizendo a respeito de algo mais individual da criança para que o médico não padronize seu atendimento.

S.: Então por exemplo a médica chega lá e fala 'olha a gente ainda tá discutindo o caso e na verdade a gente ainda não sabe' aí a mãe começa 'ah os médicos não sabem de nada, meu filho vai morrer' e aí eu conversei com a médica e falei que isso é uma coisa que tá incomodando, e aí a médica fica meio resistente, mas eu peço pra ela descrever tudo o que eles sabem da criança de uma forma que eu entenda, e na verdade eles já sabem muito e a mãe acha que eles não sabem nada e aí eu explico e dou essa dica para os médicos, e isso geralmente acontece e ajuda muito.

M.: E em algum momento você recorreu ao acompanhamento psicológico que o hospital oferece? Ou terapia externa por conta das emoções vividas com os pacientes no hospital?

S.: Em terapia externa sim, mas lá dentro não porque se lá não sei como é o ambiente administrativo de lá, eu não sei o que se comenta, então eu não tenho muita confiança e não me abro porque todo mundo almoça junto, tá no mesmo ambiente, as pessoas dependem umas das outras. É que nem se eu conviver com você e a gente trabalhar no mesmo lugar e eu faço terapia com você, entendeu? Aí pode ser que alguém mude o comportamento comigo e aí já vou achar que é porque sabe de alguma coisa da conversa que tive e aí já começa com a paranóia né.

UIS 44: Não confia no acompanhamento psicológico fornecido pelo hospital pela convivência que tem com toda a equipe diária.

S.: Em relação a procurar terapia externa, no meu segundo ano de trabalho na onco eu cheguei para trabalhar e eu fui atender e tive uma espécie de distorção visual, eu tive a sensação de figura e fundo do que eu tava vendo tudo num plano só, foi a coisa mais estranha que eu já vi porque não era um trabalho de arte moderna, era a maneira como eu tava vendo o mundo né (risos). Aí quase tive um treco, fiquei nervoso pra caramba, eu achei que tava tendo um AVC. Aí eu fui e passei no médico, e depois de um minuto mais ou menos isso passou e aí fui na médica e ela mandou eu ir no hospital e eu fiz um monte de exames e nada, não achou nada. E aí eles disseram que não acharam nada, ainda falaram 'acho que isso tá mais pra sua área do que pra minha' (risos). E antes de sair de férias, foi um período de seis meses que morreu um monte de gente, um monte de gente que eu conhecia, que eu tava acompanhando desde que tinha entrado na onco e aí tinha criado vínculo né e eu ainda estava aprendendo muitas coisas na onco, a gente sempre tem coisas a aprender, mas depois começa a estabilizar um pouco, mas eu ainda tava nesse período. Aí eu fui fazer terapia e na hora eu não liguei com os falecimentos de seis meses antes de eu voltar de férias. E aí foi aquela coisa, quando eu cheguei eu voltei para seis meses antes e acabou gerando um efeito nos sentidos mesmo, teve essa sensação de figura e fundo, mas aí eu fiquei tratando essas questões por um ano na terapia até que eu senti que tava de boa e depois disso não senti necessidade de voltar, seja por conta do trabalho ou pela minha vida pessoal, social e tal. Essas coisas todas são sinais né.

UIS 45: Já recorreu a terapia externa por um mal estar físico durante um atendimento que posteriormente foi associado às mortes sequenciais que vivenciou dos pacientes seis meses antes de suas férias. Atualmente não faz terapia.

M.: O que você acha que te sensibilizou para permanecer na onco por esses cinco anos?

S.: Eu acho que foi o respeito pelos membros da equipe sabe? Existia um respeito muito grande pelos profissionais todos, e aí teve uma mudança administrativa e isso

se desfez e eles passaram a não conversar o quanto deveriam e a gente ficou um pouco isolado, e aí quando abriu a possibilidade de mudar aí eu peguei né.

UIS 46: a importância do respeito dos membros da equipe para sensibilizar e fazê-lo permanecer na onco.

M.: O que você julga ser primordial no trabalho do psicólogo com crianças com câncer?

S.: O vínculo, a criação do vínculo. O vínculo é um canal de comunicação e não tem como você ajudar ninguém sem se comunicar da melhor maneira possível, sem vínculo você não faz nada. Sem o vínculo você tem um caso intelectual, não é uma pessoa, é uma descrição de caso, sem vínculo não dá pra começar nada.

Na verdade eu acho que não só porque a psicologia preciso disso, mas o ser humano preciso disso, pra fazer qualquer coisa precisa de vínculo, para trabalhar junto precisa de vínculo, pra você se casar com alguém você precisa ter um vínculo legal, pra você ter amigo você precisa de vínculo, então o vínculo é humano. Se o vínculo é frágil, distante, se tiver um relacionamento muito impessoal, aí você não tem vínculo. Da para se relacionar com alguém assim? Dá, apesar de ser árido, você tem envolvimento técnico, por exemplo dois engenheiros falando de um projeto, dá ali para eles se relacionarem, acredito que com o vínculo seria melhor, nós somos seres humanos, a gente precisa disso. Um para ajudar o outro, compreender, interagir, precisamos de vínculo. O vínculo é um canal e ele tem que estar aberto, se ele não tá aberto você não vai fazer milagre, a quantidade de informações, percepções que você vai ter acaba sendo limitada, então pra mim o vínculo é minha principal ferramenta de trabalho.

UIS 47: vínculo como algo primordial para o atendimento pois abre um canal de comunicação com o paciente, se ele está fechado a quantidade de informações, percepções acaba sendo limitada. O vínculo é humano, primordial em todas as relações. Não se prender a um caso intelectual.

M.: Você acredita que existe um “prazo de validade”, um tempo limitado para trabalhar como psicólogo na oncologia?

S.: Então, é difícil falar isso pra você né, porque isso é uma coisa minha, na verdade uma coisa humana, mas eu acho que eu cheguei no limite entendeu? Aquele tipo de drama humano eu acho que eu cheguei no limite, eu acho que se eu ficasse mais algum tempo, talvez pouco tempo não, mas um tempo maior ainda do que eu já estava, talvez não me fizesse muito bem. E aí não me fazendo muito bem eu acho que ia afetar minha performance como profissional, eu não iria atender muito bem. E agora eu estou em um novo lugar que são outras coisas, outros dramas, outros tipos de interação, algumas coisas claro se mantém mas assim, mantenho um ótimo relacionamento com a equipe e tenho coisas novas que estou descobrindo todos os dias né a respeito de nefrologia, urologia, de endocrino né, então, entrei tocando pra caramba, então deu um up assim, inclusive de entusiasmo porque agora eu tô aprendendo um monte de coisa nova, aí tô empenhado outra vez porque eu tava meio que decaindo o movimento na onco, eu tava atendendo bem, tava fazendo o meu melhor, mas tava um pouquinho assim.. o movimento parece que tava cessando, não tava mais acelerando e achei que já deu né.

UIS 48: Acha que o tempo para trabalhar com a onco é relativo. Pessoalmente acredita que chegou no seu limite, que se ficasse um pouco mais de tempo vivenciando aquele drama humano não fizesse mais bem para ele, o que influenciaria na sua performance profissional.

S.: Eu vi algumas coisas na onco várias vezes assim né, gente que morreu que eu conhecia sendo... que a mãe quis ficar do lado para preparação do corpo. A preparação do corpo é uma coisa bem difícil de ver, eles ficam enfiando algodão com força por todos os buracos sabe? Treme o corpo às vezes porque precisa ficar tudo apertadinho né, vai preparando, vai esticando a perna, as articulações, então é uma coisa triste de ver e eu fiquei porque uma mãe quis.

Eu já fiquei por exemplo com uma mãe uma manhã inteira com o filho morto e ela não reconhecia que ele tava morto e ela falava pra mim ‘ele não tá bem?’ e eu falava

'é ele não ta bem' sabe assim? Porque não adiantava negar, ela tava em negação alí e aí foi indo, foi indo e depois de umas quatro horas mais ou menos ela me perguntou 'ele morreu né?' e eu respondi 'morreu'. Aí ela chorou, me abraçou, deu um murro na gente né e coisa e tal. Então foi uma coisa desgastante sabe? E esse tipo de coisa costuma acontecer na onco, então você tem que conhecer os seus limites, você não é um super homem, uma super mulher, um super psicólogo achando que não eu consigo, já faço minha terapia e tal.. Não, você precisa perceber seus limites e eu achei uma série de coisas né, mudou aquela questão administrativa e o relacionamento já não estava como era antes, várias coisas que eu já estava dominando bem naquela área então existia a possibilidade de ir para outra área, tudo isso em questão de pouco tempo e eu acho que já estava pensando nisso sabe? E as coisas pelas quais a gente teve que passar junto com essas pessoas né?

UIS 49: A relação da mãe ao ver seu filho morto, como a morte pode ser difícil de ser encarada e o profissional acaba sustentando a negação da família perante a situação pois é difícil de ser aceita.

UIS 50: Não se colocar numa posição invencível mas sim se reconhecer e reconhecer seu limite para atuar na onco.

S.: De alguma maneira sem perceber eu cheguei no meu limite mas talvez eu fosse até continuar fazendo, talvez se eu tivesse fazendo terapia agora eu conversando com o psicólogo falaria 'olha acho que tá na hora de sair da onco', mas isso não tava acontecendo, eu nem percebi, tava atendendo normal e aí quando surgiu a possibilidade de mudar, eu nem pedi para pensar, já respondi que queria (risos). Todo mundo ficou me olhando com cara esquisita na hora porque todo o tempo que eu trabalhei na onco eu me dediquei muito, sempre dei o meu melhor. Eu acho que enquanto eu pudesse dar o melhor de mim enquanto profissional alí naquele lugar eu fiquei, e agora eu tenha essa sensação de que eu desacelerei e era bom mas tava caminhando para não ser o melhor, sabe? E eu to satisfeito porque agora to no meu melhor de novo, tô dando um gás com coisa nova.

UIS 51: Acredita que de alguma forma já podia estar pensando em sair da onco por chegar no seu limite pois assim que foi questionado sobre mudar de área ele nem pediu para pensar e já aceitou.

S.: Eu acho que nosso trabalho é muito importante na saúde sabe? Embora as pessoas não tenham muito ideia do que a gente faz, elas não tem. E aí eu acho que também a gente tem que falar né, não adianta só ficar ressentido que elas não sabem, a gente precisa explicar. E aí eu chego e falo que vou explicar qual é o nosso papel, como funciona e por que eu digo isso? Porque às vezes acontecem algumas coisas estranhas tipo uma criança acabou de morrer, como aconteceu várias vezes na onco, aí eles me chamavam, e eu sentava do lado da mãe e ficava de boca fechada e aí quando a mãe interagia, eu interagia com ela, ou às vezes eu via que ela olhava pra mim e eu perguntava alguma coisinha, ela tava dando uma abertura, ela queria algum tipo de contato, mas quando ela não queria contato, não queria interação e tava só olhando pro filho morto que tava na frente dela, eles queriam que eu falasse depois...e aí a mãe começava 'ah Silas, ele fez isso, ele comeu isso ontem' e eu as vezes dava um empurrãozinho para que ela continuasse falando na medida do possível. Aí o que aconteceu, eu fui questionado mais de uma vez pelos enfermeiros que eu só ficava do lado da mãe e que eu não estava fazendo nada e nem acolhendo a mãe. Aí eu me irrito um pouco né e respondo 'olha pensa uma coisa, imagina que o seu filho morreu e que ele está na sua frente e tá deitado lá, a pessoa que você cuidou, que esteve dentro de você, que passou por tudo aquilo, que cuidou, viu quando falou, quando andou, quando caiu, deu risada, chorou. Imagina toda essa experiência comprimida dentro de um espaço que é aquele corpo na sua frente, imagina. Você consegue pensar em alguma coisa que vai tirar você dessa tristeza ou desse luto que você tá sentindo? Pensa em alguma coisa pra falar pra deixar essa pessoa menos triste, pensa em alguma coisa para falar nesse momento, entendeu? E eu não to falando depois de duas semanas, eu to falando agora. É porque vocês me chamam no momento e aí eu chego e você consegue pensar em alguma coisa?' e aí eles respondem ' não, mas é porque eu não sou psicólogo' e 'não, não é porque você não é psicólogo é porque essa coisa não existe' (entrevistado se emocionou).. ai desculpa.. Então eu falei essa coisa não existe, o

que você pode fazer é ficar disponível e aí se ela for até você, você responde. Não é toda situação que você precisa ser o agente, as vezes você só está ali recebendo e aí tudo bem você devolve, você interage. Mas isso é falta de entendimento de como que funciona, e também pela ideia de que se você é psicólogo você não é mais uma pessoa tipo você não pode sentir nada. Então se for assim um médico não pode ficar doente, um advogado não pode ser processado, um dentista não pode ter dor de dente, é um absurdo né porque você continua sendo uma pessoa. E as vezes eu percebo que eles perdem isso de vista, então é isso.

Tem coisas que naquele momento não devem ser ditas, pelo menos não naquele momento, antes de acontecer o óbito até tudo bem você falar algumas coisas e tentar uma interação diferenciada, mas naquele momento não tem.

UIS 52: a morte de uma criança e o sofrimento da mãe despertando na equipe um sofrimento e ao mesmo tempo uma impotência diante do acontecimento, e as cobranças em relação ao psicólogo surgem a partir de uma visão de que por ser psicólogo ele poderia dar conta disso falando alguma coisa que pudesse atenuar esse sofrimento, essa angústia.

M.: Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar a respeito do tempo que passou trabalhando na onco?

S.: Acho que não, os aspectos mais importantes acredito que foram contemplados. Você precisa saber mais alguma coisa? Consegui te ajudar?

M.: Com certeza, você contribuiu muito. Vai me ajudar demais a dar sequência no trabalho, muito obrigada.

5 CONSTELAÇÕES

A partir das Unidades Indicativas de Sentido extraídas da entrevista, fez-se possível agrupar em aglomerados significativos maiores, nesse sentido propõe-se diferentes constelações que serão separadas didaticamente, sempre pensando na perspectiva de que o fenômeno tem diversas possibilidades de ser compreendido, portanto a intenção ao constelar as UIS não é de esgotar essas possibilidades, mas sim de organizar a compreensão do pesquisador para o seguimento da análise e as possíveis reflexões acerca das falas do psicólogo.

Considerando as informações acima e explicitadas na metodologia foi possível encontrar as seguintes constelações:

5.1 Constelação 1 Relação do psicólogo com a criança.

5.1.1 Recursos interventivos apreendidos a partir da relação com as crianças

Como o foco da pesquisa é justamente a relação do trabalho do psicólogo com as crianças na oncologia infantil, esse tema foi sendo tratado ao longo de toda entrevista de alguma forma. Neste subitem da relação com a criança o psicólogo S. abordou em diversos momentos a relação dos recursos que utilizava com elas, e como ia se dando essa construção.

S. relata que por não ter tido nenhuma experiência na oncologia, seu aprendizado foi se dando pela aproximação com os médicos que eram acessíveis e que ele percebia que se davam bem com as crianças. Além dos médicos, buscou apoio de psicólogos que atuavam no hospital, em livros que tratavam sobre o tema da oncologia infantil, mas que um dos momentos em que mais aprendia era na própria relação com as crianças. Prioriza que o aprendizado consiste em se vincular, se associar e permanecer aberto no encontro com as crianças, pois estas possibilitam novas perspectivas para outros atendimentos, mantendo uma relação de ajuda mútua onde a escuta é fundamental tanto para a criança que está sendo ajudada, quando para o psicólogo que está sempre em construção do seu conhecimento.

Outro ponto muito importante trazido por S. é a necessidade de reconhecer que não se sabe tudo, e que tudo bem expor essa fraqueza sem medo pois a partir dela é possível adquirir cada vez mais conhecimento pois julga que nosso conhecimento não se constrói apenas em nível acadêmico, e portanto, o conhecimento acadêmico não deve ser a principal ferramenta para um atendimento pois facilita que o atendimento se mantenha em um nível superficial, logo, é importante sair do pedestal e não se colocar como o detentor do saber.

A respeito disso S. deixa claro que:

“...não dá para aplicar sua vida e seus conhecimentos acadêmicos como se fosse uma prova oral, se você for lidar com alguém que tá lidando com a morte como se fosse uma prova oral, não tem jeito, você não consegue, não tem contato, você não pode estar alí para exhibir o seu conhecimento, e aí quando o paciente reage como ele reagiria com qualquer pessoa que tem um contato distante, o profissional culpabiliza a paciente, como se ela não estivesse preparada, mas na verdade você quem fez uma abordagem acadêmica digamos assim.

Você precisa do seu conhecimento, porque se não vai passar a ser mais uma pessoa que está com dó da criança, e esse não é o seu trabalho, é fundamental, mas não pode ser o senhor da comunicação.”

Ao tratar da prática propriamente dita ele também diz que aprende muito com os pais, pois não tem filhos, então ele se vê como uma esponja que pode absorver todo tipo de informação, que desde que aquilo possa acrescentar na sua prática naquele contexto e possibilitar um melhor atendimento para as crianças, não tem o porque não captar essas informações.

A questão da morte, também sendo um tema que percorre quase toda a entrevista, o psicólogo levanta a informação de que com crianças pequenas, os médicos e familiares não vão explicar necessariamente que ela irá morrer, ou que seu tratamento está sendo feito apenas para prolongar algum tempo a mais de vida, mas ele acredita que independente disso, a criança percebe e diz:

“Tem toda uma série de sinais, movimentos involuntários, tom de voz, a quantidade de informação é absurdamente grande. É

uma quantidade tão grande que é mais o inconsciente que consegue organizar isso, ele que organiza esses sinais porque a quantidade deles é grande demais...”

Isso se torna algo essencial para que o psicólogo também avalie, pois pode compreender a partir de como a criança está se sentindo naquele contexto e como está captando as informações, isso também induz a forma como ele vai atuar no seu atendimento com ela e também na possibilidade de educar os pais e todos aqueles que vão de alguma forma ter algum contato com a criança. Por isso o profissional frisa a importância de não se manter em um pedestal para acabar não mantendo uma prática mecânica acerca dos atendimentos, mas sim uma prática humanizada, entendendo e atendendo as necessidades individuais de cada criança, de cada adolescente na situação da hospitalização.

5.1.2 Jeitos de poder lidar e de tratar com as crianças

S. traz na entrevista que o confronto com a morte (finitude) é inevitável pois na onco sempre haverá a sombra da morte, ou a criança vive ou morre em dois ou três anos. Nesse contexto tanto as crianças e adolescentes quanto os pais não se questionam pelo sentido da vida, o que está em jogo é o viver, essa é uma perspectiva diferente dos pacientes da nefrologia por exemplo, pois o que se questiona é sobre a qualidade de vida e se o viver vale a pena.

A partir dessa perspectiva e dessa visão a respeito da morte, o psicólogo busca tornar a experiência do hospital uma vivência que possa significar algo, trazer para o paciente o entendimento acerca do significado do que estão vivendo, procurando não deixar de fora nenhum elemento. O Psicólogo realiza seu trabalho promovendo momentos de prazer para os internados e essa abertura para momentos prazerosos possibilitou que pacientes fizesse blogs, ou incentivassem outros pacientes. De modo geral estão exteriorizando o que estão vivendo no hospital e ao mesmo tempo conseguem passar sua experiência para outros, mesmo que virtualmente, e com isso ser ajudada também, recebendo apoio de outras pessoas.

Mas ao mesmo tempo o psicólogo também busca que a vivência no hospital signifique algo positivo, de vitória, de luta, da possibilidade de vencer a morte, tentando assim que a hospitalização não se torne algo vazio, somente algo ruim ou uma perda de tempo da vida. Com isso S. utilizou diversos recursos metafóricos de histórias de enfrentamento, coragem, como por exemplo:

“Para os massais, quando o menino chega em uma determinada idade eles dão uma lança para o cara para ele caçar e trazer um leão, se ele não conseguir ele não precisa nem voltar. Alguns conseguiam, alguns morriam, por incrível que pareça a maioria não morria. Mas um leão pesa mais de 300 quilos, e eles tem que trazer, e normalmente voltavam arranhados, feridos, mas ele tem o maior orgulho disso, entendeu? E aí eles pegam a pele do leão e colocam na parede, e isso marca o rito de passagem, de quando o menino vira homem.

Me aproveitei disso e dessa história do Masai e contava a história para os meninos e falava “olha, essa doença, isso que está acontecendo com você é o teu leão. Por que? Porque a maioria das pessoas da sua idade não passam por isso. Talvez você só fosse enfrentar um grande perigo na sua vida daqui a muitos anos, ou talvez nunca. Mas você foi apresentado ao seu leão agora, em uma idade não muito diferente do que os massai recebiam a sua lança. Então você pode vencer isso e vai pendurar isso na parede, você vai fazer a mesma coisa, pode ter cicatrizes, pode ter sequelas porque é a prova que você foi lá e matou o seu leão.”

Essa foi uma história de alguns dos exemplos de prática nos atendimentos e que teve um bom resultado, pois os pacientes que tinham maior possibilidade de cura, se baseavam nisso para significar algo que até então estava sem significado ou que estava sendo uma experiência vazia de sentido. E a partir dessa linha prática foi possível transformar o sofrimento vivido em um propósito.

Algumas vezes sabe-se que não há recuperação da doença e nesse momento o psicólogo aponta para a vida, tentando ir compreendendo com o paciente que a morte pode ser algo horrível, mas que inevitavelmente vai acontecer. Com isso tenta buscar um sentido para outro foco, para algum projeto de vida que seja possível realizar naquele momento. Muitas vezes a construção de um projeto é muito limitada

e seu papel naquele momento acaba sendo a escuta, o que tem um efeito terapêutico e ajuda os pacientes.

Nesse sentido há também crianças e adolescentes que tem como missão serem elas mesmas e não precisar exteriorizar os acontecimentos da hospitalização e dar algum sentido além, como um tipo de missão a ser cumprida. A criança consegue se apropriar melhor da situação conseguindo inclusive ajudar os outros pacientes, seja quando estão em uma posição mais deprimida ou apenas continuar incentivando e motivando para que não desistam e não se entreguem à hospitalização e as condições da doença.

Esse processo de entender a condição da doença e procurar ajuda é um recurso que o psicólogo busca com os adolescentes, além de procurar um projeto diferente dentro das possibilidades que cabem naquele contexto, é outro recurso tentar a aproximação entre esses pacientes de mesma idade pois isso contribui no processo de aceitação de que eles não são os únicos que estão adoecidos, os únicos com aquela idade que estão sendo “condenados” à doença. E a partir dessa aproximação promover até mesmo com a verbalização que eles se manifestem e se expressem de alguma maneira.

O psicólogo em sua prática traz que uma das possibilidades de escolhas de materiais, como livros por exemplo se dá a partir da faixa etária e no nível de desenvolvimento da criança. Ainda diz que alguns arquétipos (como o arquétipo do herói) ajuda na construção das intervenções que fará com a criança. S. aqui diz que:

“...se for mais da ordem emocional, você pode pegar mais coisas como livros, isso tudo é geral, você tem livros que são arquétipos então, todo mundo está sob domínio dos arquétipos, alguns um pouco mais e outros menos, como arquétipo do herói, do salvador, da culpa e reparação. Você pode usar isso com todo mundo, mas respeitando as faixas etárias né. Se você for por exemplo hoje em uma livraria infantil, tendo a bagagem de psicologia que você tem, você com certeza vai conseguir separar, inclusive os livros te ajudam porque eles dão a faixa etária também, você vai conseguir separar várias coisas tipo, isso aqui é bom para o desenvolvimento humano, isso aqui é bom para relação com os pais, isso acho que vai ser bom para trabalhar o Édipo. ”

Importante ressaltar também a questão de que não é só na ordem do desenvolvimento, mas que os aspectos emocionais das crianças e de suas relações afetivas devem ser avaliados, pois esse pode ser um dos fatores também para contribuir com os atendimentos. Como por exemplo nesse caso:

“Uma outra vez também uma adolescente, estava jogando coisas nas pessoas, quando alguém entrava ela pegava e jogava alguma coisa, tava em uma crise de ódio. E eu fui chamado para fazer com que ela parasse de jogar as coisas (risos), é fácil né? É só entrar lá e falar para ela parar de atirar coisas nas pessoas (risos). Bom tudo bem, vamos lá né... Eu abri rapidinho a porta, fechei e fiquei de costas para ela, aí sem olhar para ela, eu sentei na cama da visita, estiquei meus pés no banquinho e falei “puta merda eu tô de saco cheio dessa porra” e fiquei com uma expressão irritada e ela olhou pra mim e eu olhei pra ela e falei “é, você que tá de boa deitada aí o dia inteiro, eu queria ficar deitado” e ela começou a gritar “o que??? Seu desgraçado, você acha que isso aqui é bom?” e eu perguntei “ué, e não é?” e ela disse “não porque eu to doente” e eu disse “doente? ué você tem o que? você está com uma boa aparência” e ela voltou a gritar “eu to com câncer...” e aí pronto, primeiro ela continuou aos berros e depois começou a explicar os medos dela, e o que estava acontecendo e aí começou a diminuir o nível de energia e aí ela começou a me contar tudo, desde o momento que ela internou, como tudo acontecendo, ela foi xingando em alguns momentos e aprofundou em outros o que estava sentindo.”

A menina nesse caso entendeu posteriormente do que se tratava a situação e que S. na verdade era um psicólogo, mas naquele momento ele entendeu que a necessidade dela era outra. S. busca se aproximar da realidade e sentimentos pelos quais os pacientes estão passando como uma forma de possibilitar o acesso à eles de uma forma que eles se identifiquem, ou que fuja do convencional que é tentado por toda equipe e familiares. S. posteriormente explicou o porquê agiu daquela maneira com a menina, mas ela tinha criado um vínculo com ele nessa situação descrita e entendeu os motivos do profissional e a partir disso começou a recorrer e a aderir a ajuda do psicólogo no contexto da hospitalização.

Como prática do psicólogo nesse contexto, S. trouxe outros exemplos de ordem afetivas do relacionamento familiar para trabalhar a partir dessas questões

pois entende que isso também contribui para a melhora, disposição e aderência ao tratamento. Utiliza de recursos de “sair” do papel de psicólogo e encarnar situações em que se diz ser o hipnotizador do hospital, outro caso muito interessante de uma menina de aproximadamente 8 anos que segundo ele estava em uma “conversação histórica” de que não podia, de que não conseguia andar. S. diz que:

“Eu parei na frente dela e falei assim “você sabe quem eu sou?” e ela respondeu “não” e eu disse “eu sou o hipnotizador do hospital, eu vim para te hipnotizar para você poder andar e poder tomar banho” e ela começou a falar “não mas eu não consigo” e eu disse “sempre me falam isso” (risos). Aí eu peguei e expliquei “olha vou colocar o dedo aqui e você vai sentir que vai esquentar”, óbvio né, eu to vivo então vai esquentar... Coloquei o dedo na testa dela e perguntei “você tá sentindo esquentar?” E ela respondeu “sim tá” entusiasmada, e comecei a falar para ela ir levantando bem devagarinho e pedindo para ela ficar em pé e fui acompanhando a menina até o banheiro para ela poder tomar banho, e ela dizendo que não conseguia mas eu falei “não, presta atenção no meu dedo” e ela foi até o banheiro andando e eu falei “olha só, eu sou muito bom né?”

O psicólogo não sabe dizer em alguns casos o que realmente fez dar certas suas intervenções, mas nos dois casos descritos anteriormente ele obteve sucesso em relação a demanda que estava sendo exigida pelo hospital e pelos familiares, como fazer a menina parar de jogar as coisas nas pessoas e como fazer a criança andar para poder tomar banho.

S. em diversos momentos precisou ser criativo e arriscar intervenções que ele não sabia se realmente dariam certo, mas ele a intenção era sempre de buscar a necessidade e tentar entender o contexto e o que era aquela experiência para cada paciente e a partir disso podia se passar passar de hipnotizador, podia criar histórias de com conteúdos carregados de carga simbólica para contribuir na relação familiar por exemplo, sempre visando a melhora do paciente no seu aspecto emocional, entendendo que para o momento da hospitalização isso já é muito significativo.

5.2 Constelação 2: O conhecimento de si-mesmo a partir do outro.

Nesse contexto, S. apresentou em diversos momentos da entrevista a sua relação com a morte e de como é inevitável não pensar na sua própria morte a partir da aproximação da morte do outro. Nesse sentido, o psicólogo diz que o hospital não é um ambiente onde as pessoas conseguem fugir dessa questão, especialmente na oncologia. Ele traz a ideia de que a mídia, a sociedade rejeita a morte e tenta cada vez mais nos afastar desse tema, *“no Facebook por exemplo é a Disneylândia né, lá todo mundo é feliz e bonito, quando alguém fala de morte o pessoal detona falando mórbido, estranho.”*

Nesse sentido também o psicólogo fala a respeito de alguns profissionais da área da saúde que trabalham no hospital e de como até eles querem se afastar dessa realidade do contexto hospitalar pois defende que a morte traz o fato de sermos animais, e isso é incômodo sob todos os pontos pois mostra para os seres humanos o que eles não querem ver, sobre o que eles querem se afastar.

Na nossa sociedade, portanto, a morte não é vista como uma possibilidade para todos nós mas sim vista como algo distante, que não vai acontecer e as redes sociais, como o Facebook dito anteriormente na fala do entrevistado, contribuem para essa compreensão de felicidade e alegria em todos os momentos e olhando para morte (quando aparece nesse contexto) com repulsa.

Pensando nessa questão quando S. diz que na oncologia esse tema está presente a todo momento e por isso ele pensa em sua própria morte, ele traz também a valorização a partir da nossa condição humana no sentido que quando ele diz:

“Se você vai em um lugar grande o suficiente pra você se sentir uma mosquinha tipo, se você vai numa montanha, ou no mar ou em algum lugar maravilhoso e imenso assim, as pessoas sentem uma paz que elas não conseguem descrever, na minha opinião, deu um curto circuito no ego, naquele momento você se sentiu só uma mosquinha. Então aquilo te dá a sensação de como é não ser você né? Paz, paz tremenda né, você se integrou. Não é que você não quer estar ali, quer desaparecer, não, você tá ali, ocupando o lugar de uma mosquinha, de um grãozinho de areia e você olha aquela coisa incrível e você fica sem palavras porque se sua auto imagem diminui naquele momento, todos os seus problemas também, vai tudo lá pra baixo e você tem aquele momentozinho de paz.”

Neste sentido o entrevistado traz que a partir desse sentimento de paz, nossa autoimagem diminui e então nossos problemas (como pensar na morte) também diminuem. Mas esse pensamento é facilitado para o entrevistado a partir da relação com a presença da morte no contexto hospitalar, por essa razão também se entende que aproximar-se da própria morte nos coloca num outro modo de considerar os nossos problemas, diminuindo nosso ego, S. até diz “*a gente gosta da ideia de continuar. Infelizmente não nascemos no Japão ou em outro lugar que privilegia menos o ego né, então a gente não quer perder essa coisa maravilhosa né*”.

Em alguns momentos o psicólogo diz ser difícil a angústia da morte não passar pela sua cabeça ao pensar na criança, pensando no sentido de saber que aquele paciente específico não tem possibilidade de cura, e pensar em quantas coisas (no ponto de vista de fases, anos, etc) aquele ser poderia ter para viver, porque esse é o pensamento natural do ser humano, de achar “errado” uma criança morrer no sentido da preservação da espécie mesmo.

Em relação a sua angústia em relação a própria morte, o entrevistado não traz isso como algo necessariamente negativo pois segundo ele:

“O teu incômodo em relação da tua morte não é teu inimigo pra atender alguém que está prestes a morrer, ele é uma ferramenta porque se você fosse mortal, você não ia conseguir ajudar alguém que morre. Se você fosse mortal e as pessoas soubessem disso, quando você fosse ajudar alguém que morre ela ia falar ‘sai daqui sua coisa não natural, seu monstro, você não morre, você não pode me ajudar, você não sabe como eu tô me sentindo e nem nunca vai saber.’”

S. continua justificando que justamente por você ser humano (ser finito) e conseqüentemente sente desconforto porque você sabe que você vai morrer é que você consegue abordar e compreender alguém que está diante da morte. Por essa razão ele também questiona o quanto que profissionais que se afastam dessa questão podem afetar sua relação profissional junto ao outro. Neste sentido ele continua afirmando que a inteligência, o conhecimento acadêmico não basta, é necessário que o psicólogo consiga se aproximar dessas questões existenciais e a partir disso criar vínculo com o outro para que consiga executar um bom trabalho.

Ainda no contexto da morte, o psicólogo é visto como alguém que pode realizar milagres diante de uma mãe que perdeu o filho, ou diante de algum paciente que tenha acabado de ter a consciência de que vai morrer. Pensando nisso o psicólogo traz um caso do quanto os outros profissionais da área da saúde também exigem esse conhecimento, esse “milagre” que eles esperam que o terapeuta realize e ele defende que nesse contexto ele não pode dar nada porque realmente nenhum profissional e nem ninguém vão poder dar o que é esperado pelo familiar, pela equipe, etc, porque a morte é inevitável, é o fim de todos nós.

O entrevistado ao contar do caso da mãe que estava diante do corpo do seu filho morto por horas e estava em total negação diz ter sido questionado em relação a equipe e que psicólogo deve saber o que fazer, mas ele traz a questão de que a morte é difícil de ser encarada, mas que se o familiar se mantém em negação o ideal seria sustentar essa negação até que a família reconheça o que está ocorrendo. A possibilidade do terapeuta vem a partir da demanda do paciente, do familiar, e compreender que muitas vezes seu papel vai ser a escuta, o desabafo do familiar diante da morte da criança.

Após ser perguntado sobre o trabalho na oncologia, S. responde que não deve colocar em uma posição invencível e sim reconhecer seu limite, até onde você consegue ir por estar sempre diante da morte e conseqüentemente estar pensando na sua própria morte.

5.3 Constelação 3: Autenticidade na relação com o outro

O entrevistado em diversos momentos trouxe a questão da necessidade de se estabelecer um vínculo com os pacientes a partir de uma relação empática. Trata do vínculo com o paciente como algo primordial para os atendimentos pois acredita que abre um canal de comunicação, se esse vínculo não está bem estabelecido a quantidade de informações e percepções a respeito do paciente acaba sendo limitada. S. ainda diz que o vínculo é humano, primordial em todas as relações, que não só na profissão de psicólogo, mas o vínculo contribui para uma boa comunicação de modo geral para qualquer relação humana. Por essa razão ele enfatiza que o psicólogo não deve se prender a um caso intelectual pois acaba não levando em

consideração questões pessoais do sujeito, da sua existência justamente por não estar com esse canal de comunicação aberto.

O psicólogo ao relatar um exemplo de um caso diz: “porque você tem empatia com umas pessoas mais do que com outras, a gente tenta desenvolver empatia em todos os pacientes, mas tem gente que você naturalmente tem empatia”. Ele trata a empatia estabelecida naturalmente como uma força de vínculo maior, mas também está sempre em busca dela, justamente porque acredita que a possibilidade de se estabelecer um trabalho seja maior.

Ao explicitar esse modo de ser com as crianças diz: *“perguntei durante esse um ano que eu a acompanhei para os médicos qual era o estado dela e eles sempre responderam que não era bom, um deles até falou ‘não se apega muito viu?’*” Apontando para o sentido de que os médicos têm a opção de não se aproximarem afetivamente da criança pois seu trabalho é baseado em um tratamento a partir de resultados de exames e que seu papel é explicar o motivo de encaminhar a criança para esse tratamento, tomando aqueles remédios específico, etc. Mas para o entrevistado o “não se apegar” não é uma possibilidade de trabalho pois não viabiliza a relação empática do terapeuta com o paciente. O papel do psicólogo exige uma aproximação maior. É necessário que se entenda quem é aquela criança, que sentido a hospitalização está fazendo para ela naquele momento, etc. A intenção é justamente compreender e para isso é necessário o estabelecimento desse vínculo então inevitavelmente o terapeuta pode se apegar de alguma à algum paciente.

S. traz também uma ideia de uma área de neutralidade artificial que é construída em volta do paciente que é muito prejudicial. Geralmente os pais querem superproteger seus filhos nesse contexto para que eles não sintam mais nada. A sinceridade do familiar com a criança possibilita que ela entenda o que está acontecendo, que ele não está sozinho naquela situação e que o não significar nada mantém a pessoa em um lugar ruim, mas quando existe alguma coisa que possa ser interessante, alguém em quem ele pode se apoiar, existe a possibilidade da hospitalização não ser tão ruim. Então acredita que esse canal de comunicação com o paciente tenha que ser sempre aberto e verdadeiro, não evitar dizer as verdades, o que está acontecendo com o próprio paciente, mas sim explicar e ajudá-lo. Nesse sentido o papel do psicólogo é estar presente e tentar junto com a família resgatar

esses sentidos e possibilidades para aquela criança, e com isso também o psicólogo precisa estar na posição descrita anteriormente, sempre aberto para comunicação, e poder trabalhar isso não só com o paciente, mas com seus familiares também.

5.4 Constelação 4: Religião e finitude

A religião surgiu como uma questão nas respostas do entrevistado pois ele diz que nem sempre ela é bem-vinda, que ela pode tanto ajudar quanto atrapalhar no contexto da hospitalização. Geralmente o fato dela não ser bem-vinda é quando ela surge como um motivo, a razão para que a criança esteja adoentada. Nesse sentido o psicólogo tenta resgatar e não deixar elementos da vida sem nenhum significado. Muitas vezes o paciente (por conta da sua religião) acredita que está sendo castigado, azarado, etc. O psicólogo tenta através desses significados trazer a compreensão de que todos vão morrer um dia, de que apesar da maioria das pessoas daquela idade não tenham que passar e enfrentar por aquilo naquele momento da vida, a finitude é algo inevitável para todos nós, e portanto, se fosse assim todos nós seríamos azarados, porque todos nós vamos morrer algum dia.

Em outros momentos, a religião pode contribuir para a compreensão da doença, como por exemplo pacientes espíritas que acabam aceitando aquela condição mais facilmente pois a morte tem um sentido, tem uma continuidade. Essa compreensão acaba favorecendo a permanência do paciente no processo da hospitalização e a adesão ao tratamento, sabendo ou não que tem possibilidade de morrer.

5.5 Constelação 5: Relação com os familiares

A relação do psicólogo com os familiares especialmente quando se trata de pacientes infantis é muito presente. O entrevistado trouxe como se estabelece esse trabalho e também os sentimentos - especialmente das mães - no período de hospitalização e a relação com a doença.

S. diz ser muito importante o atendimento aos familiares quando necessário com intenção de beneficiar o estado afetivo e o lugar em que a criança se encontra na família pois acredita que a relação interfere na hospitalização e no modo como a criança vai se relacionar com o que está se passando com ela. Muitas vezes a criança está inserida em um contexto em suas relações familiares que acaba sendo prejudicial quando ela precisa de uma atenção a mais, como no caso contato por S. da menina que se via cuidando do pai e não conseguia sair dessa posição pois não se deixava ser cuidada pela madrasta, o que dificultava a aderência dela e aos cuidados do hospital também e a partir de uma história construída pelo psicólogo, a menina conseguiu se colocar de uma forma diferente naquela relação, o que acabou contribuindo diretamente para os cuidados dela no hospital também.

O entrevistado também trouxe na entrevista que as mães diante da morte de outros pacientes se desesperam “*ficam descontroladas*”, pois começam a identificar o filho na mesma relação com a doença, tomando os mesmos medicamentos e tendo o mesmo tipo de tratamento e isso contribuía para que elas pensassem que o mesmo fosse acontecer com seu filho. Isso acaba colocando essas mães em uma situação de impotência o que acaba trazendo muito sofrimento, por isso é essencial que a equipe esteja presente para explicar que cada paciente tem condições e reações singulares aos diferentes tratamentos e o psicólogo inclusive pode trazer essas observações, mas também estar em um lugar de acolhimento e de escuta para esse sofrimento.

Esse tipo de relação da família com o filho pode trazer uma superproteção que de certo modo é prejudicial, como por exemplo, os pais querem proteger tanto seus filhos que se mantém receosos em educá-los, em dizer não, em manter uma autoridade sobre a criança pois tem medo de que a bronca ou chamar a atenção do filho sejam as últimas palavras, último diálogo com eles. Nesse sentido, a maioria dos pais normalmente começam a ceder às vontades da criança e isso acaba contribuindo para que o limiar de frustração caia, fazendo com que ela fique insatisfeita cada vez mais e isso não contribui na hospitalização pois começa a rejeitar o tratamento, começa a não se sentir frustrada com mais nada e as coisas começam a perder o sentido, seus significados. Não só para é prejudicial na relação da criança com o tratamento, familiares e equipe médica como também afeta

diretamente o acompanhamento terapêutico pois muitas vezes o psicólogo usa como intervenção terapêutica o conteúdo que é incômodo para que o paciente consiga falar e a partir disso possam desenvolver algum trabalho.

Essa ideia de tratar os filhos deixando que eles façam qualquer coisa também contribui para a noção de que esses pais estão lidando com um filho já morto, pois se não estivessem hospitalizados, eles não deixariam de tentar educar e passar seus valores para eles, mas no contexto em que estão eles cedem, como se estivessem vivendo um luto antecipatório, como se não adiantasse mais tentar educar pois o que importa é que o filho viva o que ainda tem para viver da forma como ele deseja. Mas nem todas as situações e pacientes são levados à morte e essa relação acaba prejudicando a criança tanto no momento quando está adoecida, como também futuramente em sua vida. Nesse sentido o psicólogo também está lá para mostrar cuidadosamente essa relação e o quanto ela pode ser prejudicial.

O entrevistado também apresentou uma outra situação onde os pais não se mostram presentes e não ligam para os filhos. Eles apenas estão lá pois precisam estar, geralmente tem muitos outros filhos e não querem compreender a doença, só querem sair logo do hospital e não compreendem o quanto é necessária a permanência da criança, pois se ela tiver alta ela pode morrer em casa em poucos dias. O psicólogo disse que é de extrema importância ter muita paciência com esse tipo de família pois muitas vezes podem vir de uma condição social muito vulnerável, de poucos acessos e sem muito conhecimento. Mas também traz a questão do quanto isso pode incomodar, "*somos todos humanos*" e fala que existe a possibilidade do profissional se identificar com a história que está sendo vivenciada, ou que podem emergir sentimentos de raiva por entenderem que os pais não querem cuidar daquela criança e nesse momento cabe ao psicólogo se reconhecer nessa condição e adiar a conversa, o atendimento para que esses sentimentos não interfiram no trabalho.

Em um último momento S traz também a relação que se estabelece quando é chamado para acolher a mãe após o falecimento do filho. Muitas vezes a mãe pode entrar em negação diante da morte do filho que está na sua frente e S. diz a respeito do papel do psicólogo nessa situação, que não cabe a ele tentar uma intervenção ali, apenas estar disponível para escuta e tentar acolher a família e manter a negação

o tempo que for necessário para que a mãe consiga digerir e compreender o que está acontecendo. Muitas vezes esse trabalho é difícil, é esperado muito do psicólogo tanto pelos familiares que acabam querendo que o psicólogo faça um milagre, quanto da equipe diante da relação psicólogo e família pois não aguentam sustentar a dor e sofrimento da mãe e acabam depositando grande expectativa nessa relação.

5.6 Constelação 6: Relação com a equipe

Na questão da relação com a equipe S. diz que conforme for necessário, acaba trazendo casos para discussão em equipe com intenção dos outros colegas psicólogos ajudarem nas possíveis interpretações a respeito de um paciente e também ajudarem com outras possibilidades de intervenção.

Também falou um pouco a respeito de como funciona a hierarquia no hospital onde o médico acaba sempre sendo tratado com superioridade e em muitos momentos eles não negam isso para falar a respeito de algum caso e acabam ignorando ou não legitimando saberes e conhecimentos que não sejam da ordem da medicina, como por exemplo com os psicólogos. S. diz que já se encontrou em situações assim e afirma que eles não compreendem como se dá o trabalho do psicólogo e justamente por isso ele acaba incluindo alguns conceitos psicológicos dos quais o médico não conhece e com isso ele não consegue confrontar esse saber e apenas aceita. O psicólogo afirma que conquista seu espaço assim diante de médicos que desconsideram o seu saber.

Afirma também que a relação dos médicos é vista assim, onde um médico que acaba sendo mais afetuoso com um paciente é visto de forma negativa por outro médico, o que acaba fazendo com que todos os médicos para não perderem o respeito um do outro mantenham uma relação mais afastada com os pacientes, tratando as crianças com um padrão de comportamento de acordo com as diferentes idades, sem se atentar para questões individuais que possam estar impostas. Nessa

situação o psicólogo também pode abordar o médico na tentativa de explicar algo mais individual da criança, ou até mesmo da família, para que assim o médico possa mudar sua relação quando o seu modo de ser com o paciente esteja implicando ou causando desconfortos a mais para o paciente e/ou familiares.

Com relação a equipe também trouxe a questão de ser depositado no psicólogo uma grande carga para realizar “milagres” em relação aos pacientes e seus comportamentos ou em relação a mãe e outros familiares em relação ao luto. O psicólogo é visto como quem tem o dever de tirar a dor e a angústia do sofrimento de uma mãe que acabou de perder o filho, como alguém que tenha que falar palavras mágicas para que esse sofrimento acabe. Essa questão já afetou muito o entrevistado e acaba trazendo diversas emoções e sentimentos diferentes onde precisou desconstruir essa imagem de que o psicólogo consegue acabar com sofrimentos que são naturais, não há nada de errado uma mãe estar extremamente deprimida e sofrendo diante do corpo do seu filho morto.

No hospital Darcy Vargas existe uma psicóloga que está disponível para o atendimento dos profissionais que trabalham, mas S. diz não confiar nesse acompanhamento psicológico por conta da convivência que se tem diariamente com a equipe. Além disso confirmou que o que sensibilizou para permanecer todos esses anos na oncologia foi o respeito entre os membros da equipe, e a importância de se estabelecer um bom relacionamento com os outros funcionários do hospital.

5.7 Constelação 7: Relações pessoais

Tratando mais especificamente das questões pessoais e os sentimentos que S. abordou na sua relação com o trabalho na oncologia infantil, o entrevistado disse que inicialmente não foi uma escolha esta área de trabalho, mas que estava aberto às possibilidades do que poderia surgir.

Diz também que a questão da angústia e da morte estão presentes todos os dias, pois é isso que se vê e que se pensa diariamente na onco e isso já o afetou algumas vezes em alguns atendimentos. Algumas situações em relação aos familiares também evocaram alguns sentimentos e sempre foi preciso reconhecer

que existia essa identificação para que isso não pudesse influenciar nos atendimentos e conseqüentemente interferir na relação terapêutica com a criança.

Justamente por essas questões da morte estarem muito presente no cotidiano do psicólogo na oncologia e por justamente ele não poder se afastar dessas questões e sim trabalhar com elas com seus pacientes e seus familiares é que S. já precisou recorrer a terapia externa por um mal-estar físico que sentiu durante um atendimento. Como relatou:

“No meu segundo ano de trabalho na onco eu cheguei para trabalhar e eu fui atender e tive uma espécie de distorção visual, eu tive a sensação de figura e fundo do que eu tava vendo tudo num plano só, foi a coisa mais estranha que eu já vi porque não era um trabalho de arte moderna, era a maneira como eu tava vendo o mundo né (risos). Aí quase tive um treco, fiquei nervoso pra caramba, eu achei que tava tendo um AVC. Aí eu fui e passei no médico, e depois de um minuto mais ou menos isso passou e aí fui na médica e ela mandou eu ir no hospital e eu fiz um monte de exames e nada, não achou nada. E aí eles disseram que não acharam nada, ainda falaram ‘acho que isso tá mais pra sua área do que pra minha’ (risos).”

A partir do acompanhamento psicológico, S. conseguiu identificar que posterior as suas férias, vivenciou um período de seis meses na onco em que muitos pacientes estavam morrendo, sendo vários deles pacientes que ele acompanhou desde que iniciou seu trabalho na oncologia e assim que começou sua psicoterapia acabou entrando nessas questões: *“quando eu cheguei eu voltei para seis meses antes e acabou gerando um efeito nos sentidos mesmo”*.

Em relação ao tempo de trabalho na oncologia acredita ser algo relativo, pessoalmente ele acredita que chegou no seu limite, que se ficasse mais tempo poderia não fazer bem para ele e isso afetaria diretamente na sua performance profissional. Apesar de não ter sido um pedido sair da oncologia, quando foi questionado em trocar de área não hesitou e aceitou no mesmo instante. Na entrevista ele afirma que de alguma forma e ele já poderia estar pensando em sair de lá por ter atingido seu limite.

Além de achar necessário que o psicólogo se mantenha sempre em uma postura profissional procurando esse canal de comunicação com o paciente através

da empatia, acredita ser essencial que o profissional não se mantenha em uma posição invencível e sim que saiba reconhecer os seus limites, pois independente do seu conhecimento o trabalho na oncologia também diz respeito a como você lida com as questões tratadas ali diariamente.

6 Discussão

A partir do objetivo da presente pesquisa, sendo este, revelar os sentidos que se abrem na experiência de um psicólogo que atua em um hospital na oncologia infantil, a entrevista possibilita abrir um horizonte de sentidos que não se esgotam. Nesta discussão, opta-se por selecionar algumas temáticas consideradas primordiais dessas experiências, voltadas justamente para a relação do psicólogo consigo mesmo a partir do trabalho com as crianças, familiares, equipe e como essas experiências são apresentadas na entrevista. Na discussão, assim como descrito na metodologia, utilizarei da fenomenologia de Heidegger (Ser e Tempo) para contribuir na construção da análise.

O psicólogo relata que não tinha intenção de trabalhar com crianças na oncologia infantil, mas que estava aberto para todas as possibilidades, portanto, não recusou o trabalho. Por não ter nenhuma experiência na área, relata que buscou a partir de leituras, de diálogos com os outros psicólogos da equipe, e especialmente na relação com as próprias crianças sendo estes os momentos de maior aprendizado. Segundo Giacoia (2013) existir significa, em sentido radical, cuidar de poder ser-no-mundo, que é também ser-com-os-outros. E ser-no-mundo é antes de tudo uma abertura, é estar aberto para a mundanidade, lidando com as coisas, mantendo um relacionamento com elas enquanto utensílios ou relacionando-se com os outros como pessoas em um modo de ser-com, de compartilhar. Ser-no-mundo é constituição necessária e a priori do Dasein. Assim, o ser nunca é dado sem mundo. Da mesma forma, não é dado um eu isolado sem os outros, pois o ser sempre é ser-no-mundo-com-os-outros (Rocha, S. p.90)

Nesse sentido, podemos pensar que é justamente esse ser-com-os-outros que é possível estabelecer uma relação, sempre considerando que tanto o psicólogo quanto os pacientes são um vir-a-ser, que não tem uma essência objetiva dada, mas que ambos são um processo. Ao relatar os casos vividos com seus pacientes, fica claro que S. busca essa aproximação, entender a singularidade do seu paciente, compreendendo como aquela criança está familiarizada no contexto de relações e sentidos que ela está inserida, especialmente nos sentidos que estão sendo atribuídos à hospitalização. Como por exemplo quando diz:

“Agora o principal, o principal é o que você aprende com os próprios pacientes, familiares, e aí você tem aquela postura de ouvir, sem julgar, sem ficar catalogando porque é muito ruim se você chega por exemplo preocupado em encaixar uma teoria, porque você tem uma bagagem e aí você quer pegar sua bagagem e aí você fica olhando e... Tô esperando a criança falar alguma coisa para encaixar. Quando você faz isso não é muito bom porque seu atendimento vai ser mecânico, vai ser como catalogar os livros baseado na sua bagagem. O que precisa fazer é promover o contato humano, empatia, observar a contratransferência, o que você sente em relação aquilo, mas não se deixando levar pelo que você sente, mas também não tentar impedir porque você é humano, você sente. ”

S. também busca essa mesma compreensão com os familiares, pensando ser muito importante essa relação não só por eles se encontrarem em sofrimento, mas também para a possibilidade de integrar e beneficiar o entendimento e relação a respeito da situação do adoecimento dos seus filhos.

A partir dessa compreensão, podemos concluir que a importância do vínculo e da empatia que o terapeuta busca com seus pacientes e que diz ser um canal de comunicação primordial:

“ Quando essa ligação está presente, você tem o melhor meio de comunicação com o paciente, e aí perguntar, deixar que eles conduzam a conversa, a não ser quando não há conversa, aí você faz algumas tentativas de buscar, você gera conteúdo”

é justamente para entender esses sentidos, sentido esse que é temporal, é itinerante. Podemos dizer que o trabalho do terapeuta é hermenêutico pois ele está nessa constante hermenêutica exploratória, onde busca interpretar e reconhecer os sentidos. A criação do vínculo na prática terapêutica no contexto hospitalar é o que abre a possibilidade desse processo exploratório.

Boss (1981) diz que é necessário não decompor o ser humano a partir de teorias psicológicas, mas sim recuperar o devido respeito diante da autenticidade e originalidade a cada fenômeno humano. Para ele, a meta mais alta da psicoterapia é sempre a abertura dos pacientes para a capacidade de confiar (*apud* Campos, 1995). Essa questão também de não decompor a partir de teorias psicológicas, S. traz na entrevista que se ater em casos clínicos estudados, ou só se manter na teoria a partir da sua abordagem psicológica, não é possível realizar um trabalho que

atenda às necessidades do seu paciente, pois vai acabar tentando aplicar a teoria, ou um caso específico em uma criança e isso se torna um trabalho mecânico onde não é possível criar um vínculo pois não atende as necessidades, não busca sentidos que constituem a vida do paciente. Como o próprio entrevistado diz, “*Se a pessoa manjar muito, for muito inteligente e ser ao mesmo tempo muito arrogante eu diria que é uma coisa muito complicada para atender, porque você vai tá atendendo casos clínicos que você montou na sua cabeça*”.

A palavra do outro ou a do psicólogo aparece ao ser-aí acometido com câncer como possibilidade autêntica de cuidado, uma vez que os pacientes adoecidos as vezes expressam necessidade de fala e de serem ouvidos. Através da palavra expressam o seu ser-no-mundo e através da palavra do outro, recebem o encorajamento, o ânimo que contribui para continuarem a jornada e tratamento do câncer (Silva, L. 2006). S. é essencial para contribuir dessa forma com as crianças, assim como ele relata em diversos momentos o quanto esteve disponível da maneira mais autêntica possível para os pacientes, até mesmo quando eles precisavam se expressar, mas não conseguiam, como no caso dessa menina em que S. relata:

“ela estava jogando coisas nas pessoas, quando alguém entrava ela pegava e jogava alguma coisa. E eu fui chamado para fazer com que ela parasse de jogar as coisas (risos), é fácil né? É só entrar lá e falar para ela parar de atirar coisas nas pessoas (risos). Eu abri rapidinho a porta, fechei e fiquei de costas para ela, aí sem olhar para ela, eu sentei na cama da visita, estiquei meus pés no banquinho e falei “puta merda eu tô de saco cheio dessa porra” e fiquei com uma expressão irritada e ela olhou pra mim e eu olhei pra ela e falei “é, você que tá de boa deitada aí o dia inteiro, eu queria ficar deitado” e ela começou a gritar “o que??? Seu desgraçado, você acha que isso aqui é bom?” E eu perguntei “ué, e não é?” e ela disse “não porque eu to doente” e eu disse “doente? ué você tem o que? Você está com uma boa aparência” e ela voltou a gritar “eu to com câncer...” e aí pronto, primeiro ela continuou aos berros e depois começou a explicar os medos dela, e o que estava acontecendo e aí começou a diminuir o nível de energia e aí ela começou a me contar tudo, desde o momento que ela internou, como tudo acontecendo, ela foi xingando em alguns momentos e aprofundou em outros o que estava sentindo.”

A atuação do psicólogo nesse caso se construiu a partir de uma necessidade da jovem e conseqüentemente ela conseguiu se expressar e falar o quanto precisava falar para continuar enfrentando a hospitalização e o tratamento.

Na situação da doença, muitas vezes, os pais tendo uma necessidade de cuidar, de afastar a morte, acabam “passando” pelo outro, superprotegendo-o, desenvolvendo, dessa forma, um estar com o outro inautêntico. (Rocha, S. 2009 p.94). Esse modo de estar o S. traz quando diz a respeito do tratamento dos pais com as crianças e no quanto temem que cada palavra seja a última palavra, por isso deixam de educar, o que traz a ideia de já estarem tratando e lidando com um corpo morto, que não precisa mais ser auxiliado, repreendido. S diz a respeito dos pais, *“quando tem alguns pais que estão mergulhados, já estão velando o corpo né, já não é mais uma internação, é um velório e você tenta trazê-los é claro que há resistência.”* Nesse sentido o psicólogo diz na entrevista que sua atuação nesse caso é sempre pensar a respeito dessa vida que ainda existe, e que tratar os filhos com medo, receio, tende a piorar a experiência deles na hospitalização.

A questão da morte e do morrer esteve presente em praticamente toda a entrevista, tanto na relação do psicólogo com as crianças como com os familiares, equipe e consigo próprio. Nesse sentido podemos pensar a partir da contribuição de Giacoia (2013) que traz o pensamento de Heidegger com a noção que o Dasein (ser-aí) existe no tempo, e a temporalidade é um componente fundamental de sua estrutura, implicando então que toda compreensão possível de Ser, a partir do Dasein, é uma compreensão temporal. Por outro lado, se a temporalidade constitui um predicado ontológico originário da sua essência, então o ser-aí deve ser mostrado pela análise fenomenológica como sendo finito e mortal, logo o ser-aí é ontologicamente ser-para-a-morte.

Pensando a respeito disso, podemos pensar primeiramente em relação a sociedade atual que está sempre tratando da morte como algo distante, imprópria, impessoal, com distanciamento. A morte é a não possibilidade do poder-ser, do vir-a-ser, do fluir em direção ao futuro. Pensando nos familiares e na equipe, a doença, a possibilidade da morte iminente em uma criança é totalmente a lógica contrária do que a nossa sociedade pensa e acredita, especialmente porque as crianças e adolescentes são vistos como o futuro da nossa espécie, pessoas que não viveram

e não construíram uma história que poderiam viver e construir se não tivesse acometidas por essa doença.

Nesse sentido a aproximação com a morte especialmente ao se tratar de crianças é algo extremamente difícil de ser aceito pelos familiares, para equipe médica e para o próprio psicólogo, porque justamente isso propicia a compreensão da nossa própria morte, onde ninguém pode morrer por nós. Segundo Campos (1995), as questões da doença e da morte são difíceis para todos: doentes, familiares e profissionais. Cada morte pode representar para o profissional a sua impotência e principalmente, sua própria mortalidade. Nesse sentido S. diz a respeito de como os médicos lidam de uma forma distante com os pacientes, pois isso também pode trazer a ideia de se afastar da ideia da morte justamente por isso remeter a sua própria morte, como uma forma de afastamento de uma condição ontológica. Como S. mesmo diz, *“É só porque você pode morrer e só porque você sente esse desconforto em relação a morte, que você consegue abordar a pessoa que está assim.”*

No exemplo em que as enfermeiras questionam o trabalho do psicólogo com a mãe dizendo que ele não fez nada e que foi chamado para acolher a mãe e elas disseram que S. só ficou parado ao lado dela, é fundamental para pensarmos nessa relação que está próxima com a morte, uma fantasia de que o psicólogo pode fazer algo mágico que possibilita tirar a dor e acabar com o sofrimento que aquela pessoa está vivendo. Isso pode ser pensado a partir da dificuldade que a equipe tem diante da relação com a morte e até na necessidade e angústia de pensar que o psicólogo não pode fazer nada a respeito para reverter essa situação pois a morte é a nossa única certeza e vivemos sempre tentando nos afastar, nos mantendo sempre no impessoal, onde somos conduzidos a sempre pensar na vida e não a respeito do que é ontológico ao nosso Ser.

Ainda pensando a respeito da finitude e ser-para-morte, S. trata desse assunto com as crianças sempre pensando que enquanto elas estão vivas, o que elas podem fazer a respeito da sua própria vida, dentro das suas possibilidades e limites que são impostos pela hospitalização. Mas é interessante a forma de pensar do psicólogo pois ele diz a respeito dos pacientes (e até mesmo os familiares) não terem uma experiência vazia de sentido, pelo contrário, independente das condições

ele procura construir um significado e um sentido para as experiências que foram ou que estão sendo vivenciadas a partir das consequências do tratamento e do próprio período de internação. S. mesmo diz que muitas vezes atribuir alguns sentidos trazem um significado para as experiências, mas quando isso não é possível ele procura compreender a partir do que a própria criança entende da situação em que ela está vivendo.

Assim como alguns pacientes e familiares podem atribuir sentidos e significados ruins como por exemplo a culpa e o castigo, outros estão muito esclarecidos de que é isso que eles precisam passar, como ele cita dos pacientes espíritas. Nesse sentido, a religião pode vir tanto para o bem quanto para o mal, pois o que o psicólogo procura promover é o bem estar e quando os pacientes estão muito convictos de um sentido a partir de uma religião, eles podem se fechar para muitas possibilidades, mesmo dentro dos limites e contornos do hospital. Quando um paciente tem uma compreensão diferente e aceita o fato de estar acometido com câncer, isso não evita que ele sofra, mas a aceitação possibilita que ele esteja aberto para viver aquela experiência de outras maneiras e então o trabalho do psicólogo de buscar esses sentidos é facilitado, assim como de propiciar o bem estar e o alívio do sofrimento que percorre as fases desde a descoberta do diagnóstico até os últimos dias de vida se for o caso.

Pensando ainda a respeito da morte, S. em diversos momentos da entrevista falou a respeito da sua relação com a morte e de como é inevitável não pensar na sua própria morte a partir da aproximação com a morte do outro. Ele diz que o hospital não é um ambiente onde as pessoas conseguem fugir dessa questão, especialmente quando se está na oncologia. Ao dizer que a mídia e a sociedade rejeitam a morte é exatamente a ideia de vivermos no impessoal, no mundo impróprio, que marca um espaço de distanciamento em relação a nós mesmos. Essa superficialidade no modo como as pessoas vivem não permite que o ser-aí se aproprie de fato da sua condição existencial. Vale ressaltar que o impessoal não é um problema, ele é uma trama que sustenta as nossas escolhas cotidianas, ele possibilita que se viva de uma forma mais leve. A respeito da morte não seria diferente, o impessoal nos distancia dela também e torna algo impessoal, tanto que a morte abre a perspectiva de uma temporalidade própria, por essa razão é mais

comum dizermos “a gente morre”, “nós morremos” do que “eu morro”. No momento em que S. diz a respeito de se encontrar em um lugar maravilhoso e imenso e podemos sentir um momento de paz, sem que nossos problemas estejam presentes. Em outro momento ele diz que “*a gente gosta da ideia de continuar*”. Essas ideias colocam o psicólogo em uma posição humilde, e de alguém que já se apropriou alguma vez a respeito da morte, pelo menos ao pensar que essa é uma possibilidade.

S. diz que às vezes a angústia da morte surge em um atendimento, ao pensar que aquela criança tem pouca chance de cura, que a morte está muito próxima dela, mas ao mesmo tempo ele não diz que essa angústia que posteriormente ele chama de incômodo seja algo ruim para que ele possa atender alguém que está prestes a morrer, inclusive ele acredita que esse pensamento seja uma ferramenta no sentido de pensarmos que se nós fossemos mortais, se ele fosse mortal, será que ele conseguiria atender pacientes e familiares que vivem nessa angústia da mesma forma como ele atende agora? Será que ao saberem que a morte não é uma possibilidade para aquele psicólogo, as crianças e familiares iriam permitir ser atendidos por ele? Nós compreendemos que nós temos um tempo, que tudo tem um fim, por isso fazemos escolhas porque em algum momento poderemos não mais fazer, nesse sentido estamos a todo momento cuidando do nosso existir.

A angústia não é uma fuga diante da morte, mas o confrontar-se com a possibilidade da nossa própria impossibilidade (Pasqua, 1993 apud Rocha, S. 2009 p. 98). Ao pensar na angústia que S. diz sentir diante da morte do outro, podemos pensar que ser-para-morte é a experiência do limite e a partir do momento em que S. compreende sua finitude, seu tempo ganha outro valor e traz a noção de responsabilidade sobre o seu próprio existir o que abre para a tonalidade afetiva fundamental da angústia. O ser-para-morte limita a nossa existência e de certa forma angustia a própria relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo. A partir dessa reflexão podemos pensar também no distanciamento dos outros profissionais, médicos, enfermeiros diante do morrer das crianças, pois nesse momento eles estão compreendendo sua finitude, logo, o seu tempo.

A partir de tudo o que foi falado anteriormente a respeito da morte e do quanto essa questão contribui para reflexões, para uma angústia, a pensar em si de um modo mais próprio, nota-se que S. teve momentos em que ele mesmo concluiu

juntamente com um processo terapêutico o quanto as mortes no hospital estavam afetando de um modo geral a sua vida, a sua relação no trabalho. Ao se sentir mal fisicamente sem que haja indícios biológicos a respeito do seu mal-estar representa o quanto esse trabalho de uma maneira singular tocou nele. Assim como quando foi perguntado se ele acredita que exista um tempo para permanecer trabalhando na oncologia, o mesmo respondeu que não tem uma resposta, basta que o psicólogo respeite e reconheça os seus limites diante do seu trabalho, pois reconhece que não são questões fáceis para lidar diariamente e é preciso sempre se manter equilibrado, estar afetado demais por todas as questões dos pacientes pode ser prejudicial mas não estar afetado também não contribui para a realização de um bom trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Critelli (2006) “investigar é sempre colocar em andamento uma interrogação, é perguntar. Não se sai em busca da compreensão de um fenômeno tentando aplicar sobre ele uma resposta já sabida sobre ele mesmo” (p.27). Nessa perspectiva que se deu o tema dessa pesquisa, na elaboração de uma discussão da qual não se buscava uma resposta já sabida, mas sim a compreensão a partir do ponto de vista da pesquisadora acerca das experiências relatadas na entrevista.

Em um primeiro momento, a partir de uma revisão bibliográfica, pôde-se compreender a inserção gradual do psicólogo nas instituições hospitalares e suas influências, contribuições acadêmicas para constituição de pesquisas voltadas para essa inserção, como também a história de psicólogos pioneiros nessas instituições. Em um segundo momento, pôde-se compreender também mais especificamente a respeito da psico-oncologia e como é esperada a capacitação e a atuação desses profissionais, assim como características mais próprias da oncologia infantil.

Posterior a esse panorama geral da psico-oncologia, a partir da entrevista, foi possível entrar em contato com diversos temas, casos clínicos e como essas experiências foram sendo entendidas pelo psicólogo entrevistado. A entrevista e sua análise possibilitaram diversas compreensões, especialmente por se tratar a respeito da perspectiva de um profissional que atuou em hospitais na oncologia infantil, mas não por dizer a respeito de qual é o papel que todos os psicólogos devem atuar diante desse contexto.

Justamente por conta do *Dasein* ser esse ser-aí, um ser aberto e cheio de possibilidades, é que não é possível abarcar a totalidade da atuação profissional de um psicólogo considerando o contexto hospitalar e as diferentes necessidades e aberturas a respeito dos seus pacientes infantis acometidos com câncer e seus familiares. Compreendemos, portanto, que a análise do *Dasein* não é somente incompleta, mas também é inacabada, pois estamos em constante mudança.

Assim como trazido pelo entrevistado e compreendido pela pesquisadora, apesar de toda capacitação que vem crescendo atualmente para formar psicólogos na área da psico-oncologia, o psicólogo diz que apesar de suas leituras,

ensinamentos teóricos, prática acadêmica, horas de estudo, nada disso será fundamental e determinante para contemplar a sua atuação, mas que a sua prática diária com aqueles pacientes e a sua disposição, a sua abertura para compreensão deles é o que possibilitou que ele conseguisse realizar o seu trabalho na oncologia, sempre aprendendo a partir da dor, angústia e a realidade, que é singular em cada caso. A questão abordada é de que não se deve olhar somente para a doença e suas consequências, mas deve-se olhar para o doente e sua trama de sentidos, assim, é o paciente que ensina o psicólogo sobre a doença e sobre como lidar com a própria dor diante do sofrimento.

Como a relação do psicólogo não se dá somente com a criança que está acometida com a doença, o entrevistado também explorou sua relação diante dos familiares e suas singularidades, foi possível explorar também a importância do seu trabalho com o restante da equipe que compõe o hospital e acompanha esses pacientes. A partir de todas essas relações, pode-se compreender melhor a respeito das experiências vivenciadas por esse profissional. Considerando que a pesquisa analisou um recorte do que foi vivido por esse psicólogo.

Referências

ALVES, S. e FIGUEIREDO, L. Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa. Rev. **SBPH** vol.20 nº.1, Rio de Janeiro, 2017.

ANDRÉA, M. (2008). Oncologia Pediátrica. In: Carvalho, V. e col (org). **Temas em psico-oncologia** (p. 476 - 495). São Paulo: Summus.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2002). Apresentação. In V. A. Angerami-Camon (Org.), Novos rumos na psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2010). Psicologia hospitalar: teoria e prática (2a ed.). São Paulo: Cengage Learning.

ARAGÃO, R. & AZEVEDO, M. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. Revista **Estudos em psicologia** vol. 18, nº 3, p. 33-42. Campinas, São Paulo, 2011.

AZEVÊDO, A. e CREPALDI, M. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. Revista **Estudos em psicologia**, vol. 33 nº 4. Campinas, 2016.

BEZERRA, L.; TAURISANO, A. e PREBIANCHI, B. Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 340p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico. Brasília - DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_diagnostico_precoce_cancer_pediatico.pdf> Acesso em: 29 de março de 2018.

BRUSCATO, W. L. (2004). A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In W. L. Bruscatto et al (Orgs.), A prática da Psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história (pp.17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.

CAMPOS, T. **Psicologia Hospitalar**: A atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1995.

CARVALHO, D. Como se escreve, no Brasil, a história da Psicologia no contexto Hospitalar?. Rev. Estudos e pesquisa em Psicologia, vol 11, nº 3, (p.1005-1026). Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, V. e VEIT, M. (2008). Psico-oncologia: definições e área de atuação. In V. A. Carvalho e cols., **Temas em Psico-Oncologia** (pp.15-20). São Paulo: Summus.

CHIATTONE, C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. Em Angerami-Camon (Org.), **Psicologia hospitalar**: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar (pp.15-57). São Paulo: Traço Editora.

Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução N.º 013/2007. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf> Acesso em: 14 de dezembro de 2018.

Conselho Regional de Psicologia. **História e Memória da Psicologia em São Paulo**. Disponível em: < <http://www.crsp.org.br/memoria/saude/videos.aspx> > Acesso em: 11 de março de 2019.

Conselho Regional de Psicologia (2016). Nova linha do tempo. Disponível em: <<http://linha.crsp.org.br/>> Acesso em: 11 de março de 2019.

CRITELLI, D. M. **Analítica do Sentido**: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FIGUEIREDO e BARBOSA (2017). A Percepção do Psicólogo Hospitalar Sobre sua Atuação nas Instituições Hospitalares. Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas -MG. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/513>> Acesso em: 9 de março de 2019.

GIACCOIA, O. **Heidegger Urgente**: Introdução a um novo pensar. Editora Três Estrelas, 2013.

GRAÇAS, E. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. v. 4, p. 28–33, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2016.

Instituto Nacional do Câncer . Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf> Acesso em: 29 de março de 2018.

Instituto Nacional de Câncer. (2019). **Câncer infantojuvenil**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>> Acesso em: 28 de maio de 2019.

Instituto nacional de Câncer (2019). Ministério da Saúde alerta responsáveis e profissionais de saúde para o câncer em crianças. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/noticias/ministerio-da-saude-alerta-responsaveis-e-profissionais-de-saude-para-o-cancer-em-criancas>> Acesso em: 25 de maio de 2019.

JUNIOR, A. (2011). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicol. cienc. prof.* vol.21 no.2. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005> Acesso em: 15 de fevereiro de 2019.

LEITE, L. **Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar: Uma Contribuição para a Sistematização da Prática do Psicólogo em Ambientes Médicos.** São Paulo, 2007. 105 p. Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MOTTA, A. e col. *Temas em Psicologia Pediátrica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PERINA, E., MASTELLARO, J., e NUCCI, G. (2008). Efeitos tardios do tratamento do câncer na infância e adolescência. In V. A. Carvalho e cols., **Temas em Psico-Oncologia** (pp. 496-504). São Paulo: Summus.

PONTES, H. Sentimentos vivenciados durante o tratamento do câncer infantil. CIAIQ, v. 2: Atas- Investigação Qualitativa em Saúde. (2018).

ROCHA, S. **Ser adulto sobrevivente de câncer infantil:** uma compreensão fenomenológica. Tese Doutorado em Psicologia. - USP. Ribeirão Preto, 2009.

RUDNICKI, T. e SCHMIDT, B. **Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar:** aspectos conceituais e práticos. In: Barbosa, L. et al (org). Horizontes da Psicologia Hospitalar: Saberes e Fazeres (p. 3-10). São Paulo. Editora: Atheneu, 2015.

SANTOS, F. , e JACÓ-VILELA, A. (2009). O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. Paidéia. Vol. 19, No. 43, p. 189-197. Rio de Janeiro.

SILVA,L. O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica. Programa de pós-graduação – Universidade de São Paulo, 2006.

SIMONETTI, A. (2004). Manual de Psicologia Hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (SBPO). Disponível em: < <http://sbpo.org.br/sobre/> > Acesso em: 18 de novembro de 2018.

Anexo 1 Termo de Consentimento**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.**

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é sobre uma análise fenomenológica de uma entrevista e está sendo desenvolvida pela estudante Melanie Cabeça Monzillo, do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Professor Marcos Oreste Colpo.

Os objetivos do estudo é uma análise das experiências e vivências de um psicólogo que trabalhou em um hospital na área da oncologia infantil. A finalidade deste trabalho é explorar e compreender o trabalho do psicólogo nesse contexto.

Solicitamos a sua colaboração para uma entrevista com tempo médio de 2 horas de duração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Informamos que essa pesquisa não trará riscos .

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Contato com o Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Marcos Oreste Colpo Telefone: (11) 3739-2922 ou para o Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -Endereço: Rua Ministro de Godoy, 969 – Sala 63-C. Perdizes - São Paulo/SP. CEP: 05015-001. Fone (Fax): (11) 3670-8466 - e-mail: cometica@pucsp.br - site: <http://www.pucsp.br/cometica>.