



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Menossi, Maria José; Garcia de Lima, Regina Aparecida
A dor da criança e do adolescente com câncer: dimensões de seu cuidar
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 57, núm. 2, marzo-abril, 2004, pp. 178-182
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019637009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A DOR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM CÂNCER: dimensões de seu cuidar

Maria José Menossi*
Regina Aparecida Garcia de Lima**

Resumo

Enfocando a dor da criança/adolescente com câncer como um fenômeno complexo, este estudo tem por objetivo descrever as experiências dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessa clientela nas hospitalizações e analisá-las, buscando fundamentação nas idéias acerca da complexidade de Edgar Morin. Os dados empíricos foram coletados mediante entrevistas, permitindo vislumbrar possibilidades, como a composição de equipes fixas integradas e o envolvimento da família no cuidado. Evidencia-se a necessidade de distinguir os múltiplos enfoques dos profissionais e compor uma unidade de cuidado em que esses enfoques sejam articulados através de um projeto comum, para atender ao cuidado das múltiplas dimensões da dor desses pacientes.

Descritores: criança; adolescente; dor; câncer; enfermagem pediátrica; equipe Interdisciplinar de Saúde

Abstract

Focusing on the pain of a child/adolescent with cancer as a complex phenomenon, this study aims at describing the experiences of health professionals involved in caring for these patients in hospitalisations and analysing them, looking for a foundation in Edgar Morin's complexity ideas. Empirical data were collected in interviews, allowing for the visualisation of possibilities, such as a formation of fixed and integrated teams and the family's involvement in the care. Evidently, it is necessary to distinguish the professionals' multiple focuses and compose a care unit in which these focuses are articulated by means of a common project, to provide caring for the multiple dimensions of these patients' care.

Descriptors: child; adolescent; pain; cancer; paediatric nursing; interdisciplinary health team

Title: The pain of a child/adolescent with cancer: care dimensions

Resumen

Al enfocar el dolor del niño/adolescente con cáncer como un fenómeno complejo, este estudio tiene por objetivo describir las experiencias de los profesionales de salud involucrados en el cuidado de esa clientela en los hospitales y analizarlas, para buscar una fundamentación en las ideas sobre la complejidad que apunta Edgar Morin. Los datos empíricos se recogieron en entrevistas y permitieron ver posibilidades, como la composición de equipos fijos integrados y la participación familiar en el cuidado. Es evidente la necesidad de distinguir los múltiples enfoques de los profesionales y componer una unidad de cuidado, en la cual esos enfoques se articulen en un proyecto común, para alcanzar una atención que abarque las diversas dimensiones del dolor en ese tipo de pacientes.

Descriptorios: niño; adolescente; dolor; cáncer; enfermería pediátrica; equipo interdisciplinar de salud

Título: El dolor del niño/adolescente con cáncer: dimensiones de su cuidado

1 Introdução

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano. Em crianças com câncer, a dor pode se evidenciar de diversas formas: causada pelo próprio tumor, pelo tratamento do tumor, pelos procedimentos, além de fatores incidentais como traumatismos e dores comuns na infância⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que apesar de grandes avanços no conhecimento do alívio para a dor do câncer em crianças e adolescentes, grandes desafios permanecem na prática clínica, pois o conhecimento existente não é colocado em prática e, propõe como prioridade, a aplicação do conhecimento existente no alívio da dor da criança e do adolescente com câncer⁽¹⁾.

Compreendemos a dor da criança e do adolescente com câncer como um fenômeno complexo, tendo em vista os aspectos fisiopatológicos, psico-emocionais e sociais envolvidos nesse contexto. Este termo é utilizado por Morin^(2,3), referindo-se às questões não passíveis de serem compreendidas ou elucidadas por meio da lógica cartesiana, predominante na concepção científica clássica.

Desse modo, apesar da existência de recursos tecnológicos, dentre eles, profissionais individualmente competentes, equipamentos e medicamentos de última geração, instrumentos de avaliação e protocolos. O atendimento a esses pacientes pode apresentar lacunas que inviabilizam a constituição de um cuidado integral. Assim, compreendemos que a composição de distintos saberes, a partir da ação articulada dos profissionais é um dos fatores necessários para a concretização desse cuidado.

Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo descrever e analisar as experiências dos profissionais envolvidos no cuidado à criança e ao adolescente com câncer em situações de dor, durante o processo de hospitalização.

2 Metodologia

Estudo de natureza descritivo-exploratória e as respostas as suas questões serão buscadas por meio da metodologia qualitativa devido às características do objeto de estudo e dos objetivos propostos⁽⁴⁾.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aprovado em 02 de junho de 2003⁽⁵⁾.

Participaram deste estudo 16 profissionais da equipe multiprofissional do setor de onco-hematologia de um hospital-escola do estado de São Paulo. Em relação à categoria profissional, oito eram médicos, sendo um docente, três contratados, dois residentes de 3º ano e dois residentes de 4º ano; dois psicólogos; um assistente social; um nutricionista; duas enfermeiras; uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem.

Os dados empíricos foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no período de 25.07 a 05.12.2003. A estrutura da entrevista constou de duas partes, uma com dados de identificação e a outra com questões relativas ao modo de lidar com a dor da criança, a sua identificação, aos recursos utilizados e às percepções dos profissionais quanto ao trabalho da equipe de saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Partindo da

* Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

realidade concreta explicitada a partir dos depoimentos dos sujeitos envolvidos, foi se configurando um modo de lidar com a dor da criança e do adolescente com câncer nesse contexto específico de trabalho, no qual se relacionam os distintos profissionais.

Para o desenvolvimento da análise, buscamos uma aproximação a algumas idéias acerca da complexidade tratadas por Morin^(2,3,6,7), procurando articular os conteúdos evitando a homogeneização e, ao mesmo tempo, considerando as diversidades, distinguindo os múltiplos enfoques dos diversos profissionais envolvidos no contexto do cuidado da dor da criança e do adolescente com câncer. Na apresentação dos dados empíricos, a identificação da categoria profissional é feita com as iniciais de cada profissão entre parênteses ao final de cada fala explicitada: AS, assistente social; AE, auxiliar de enfermagem; E, enfermeira; M, médico; N, nutricionista; P, psicólogo e TE, técnico de enfermagem.

3 Apresentação e análise dos dados empíricos

Analisando os depoimentos dos profissionais que atuam no cuidado à criança e ao adolescente com câncer hospitalizados, percebe-se múltiplos aspectos que justificam a complexidade da temática em questão.

Os profissionais que atuam no cuidado à criança e ao adolescente com câncer referem sentimentos de impotência, angústia, dificuldade em lidar com a situação de dor desses pacientes. Todavia, são distintos os modos de expressão desses sentimentos e as estratégias de enfrentamento.

Alguns profissionais explicitam o sofrimento que lhes causa conviver com as situações de dor da criança e do adolescente com câncer, falando de suas próprias emoções:

Pra mim é triste porque assim, mesmo que você não queira você tem um envolvimento emocional muito grande. Você fica assim sensibilizada com o sofrimento da criança [...] (AE).

Para os médicos, esse sofrimento aparece muitas vezes de forma velada, sendo relacionado especialmente à dificuldade no manejo da dor:

É difícil. A gente lida muito melhor com as outras complicações [...] Com a dor é mais difícil [...] Porque é difícil de manejar. A gente não aprende isso como aprende as outras coisas [...] (M).

A dor da criança e do adolescente faz com que todos se mobilizem no sentido de encontrar recursos que tragam o seu alívio e quando não se obtém sucesso, o sentimento de impotência surge de forma intensa. Esse sentimento de impotência se expressa de diferentes formas: para alguns, a dor mostra-se como um impeditivo para a realização de suas ações:

E o que é mais difícil trabalhar é quando a criança recusa. Não quer comer por dor, por náusea, por vômito. Aí eu me sinto impotente (N).

Por outro lado, os profissionais de enfermagem manifestam sentimentos de impotência especialmente quando há necessidade de realização de algum procedimento doloroso. Pois se sentem responsáveis por provocarem a dor nas crianças e adolescentes, principalmente quando não obtém sucesso:

E uma das coisas que eu acho que causa dor, tanto pra criança, quanto pra gente é você ter que punccionar muito. Às vezes você puncciona duas, três vezes, perde. E dói, dói demais, quando ela fala assim: Ah, eu sei que precisa. Ela está lá chorando, está te estendendo o braço [...] Então pra mim é a pior coisa (E).

Um outro aspecto que envolve a dor da criança e do adolescente com câncer diz respeito à sua avaliação. Os profissionais reconhecem os critérios de avaliação comportamentais e fisiológicos descritos na literatura para as diferentes fases do crescimento e desenvolvimento, porém, alguns apontam uma maior dificuldade para a sua realização, quando a criança não pode se expressar verbalmente:

relatam o que estão sentindo. Ou você chega, às vezes eles não falam espontaneamente, mas você chega, você vê que está mais quietinho, mais triste, se você pergunta aí eles falam [...] quando é bebê é mais complicado (M).

Mesmo descrevendo as diferentes possibilidades para sua realização, a operacionalização desta avaliação na prática profissional ainda é percebida como um desafio:

A avaliação da dor é uma coisa muito difícil. Eu acho que é um assunto que, porque a dor não é a dor física só, você tem a dor física, orgânica, a dor psicológica que influi muito no tratamento da onco. Então eu acho que é duro você cuidar da dor (M).

Em relação a escalas de avaliação, os médicos mencionam alguns obstáculos para a sua aplicação na prática clínica, pois essas não dão conta dos aspectos subjetivos que envolvem a avaliação da dor nesses pacientes. Apontam as limitações de seu uso, sugerindo que a experiência dos profissionais envolvidos no cuidado possa ser mais objetiva que o uso de escalas, uma vez que eles têm melhores condições de reconhecer as particularidades de cada situação:

[Referindo-se ao uso de escalas de avaliação] O profissional que está acostumado a lidar com aquela criança, ele que vai saber mais que qualquer escala, [...] E a escala também assim ele vai ver e colocar ali, de um a cinco, a minha dor agora é quatro. Só que a dor quatro pode ser uma dor física, pode ser um medo, pode ser uma coisa que você vai resolver em cinco segundos, pode ser uma coisa que você não vai resolver nunca. Pode ser porque ele queria ver o pai dele, pode ser a veia que ele vai pegar ou nem vai precisar pegar e no outro minuto ele está rindo [...] e se você está ali, presente e vendo isso, você sabe que o quatro ali, não é um quatro da mesma coisa [...] Coisa que uma escala, que um método assim não vai conseguir detectar (M).

Um fator importante mencionado pelos profissionais como facilitador de uma avaliação adequada é a empatia que deve existir entre a criança/adolescente e o profissional:

Eu acho que [...] importante é a empatia de quem vai avaliar a dor. Especialmente com o adolescente, porque adolescente ou gosta de você ou não gosta [...]. Primeiro ele gosta pra depois ver se, te ouvir, tal [...] (M).

Entre os tratamentos utilizados para o alívio da dor das crianças e adolescentes com câncer, o recurso medicamentoso destaca-se como a principal intervenção a ser utilizada:

A primeira coisa a analgesia. Acho que é uma coisa importante. Eu sinto que isso faz muita diferença. [...] pensando na dor de um tumor, enfim, analgesia [...] (P).

A predominância do eixo biológico pode ser percebida, considerando que todos os profissionais, mesmo aqueles não diretamente envolvidos com a prescrição e administração da medicação mencionam este recurso como fundamental no alívio da dor desses pacientes.

Um aspecto que se destaca nos depoimentos dos profissionais, independente de seu campo de atuação, é a referência à dor da criança e do adolescente com câncer de forma compartimentalizada, diferenciando a dor física/orgânica e a dor psicológica/emocional:

Eu penso em dois tipos de dor, que é a dor física, que essa é visível, ele grita, ele chora, ele fala que tá doendo, e também, tem a dor emocional, a dor psicológica, que ele também fala, com o corpo, não fisicamente, mas assim, através de suas expressões, de não querer às vezes falar com você, às vezes a criança ela fica mais quieta, ela não quer falar muito (AS).

Compreendemos que a dor da criança e do adolescente com câncer apresenta múltiplas facetas. Com o predomínio do eixo biológico, percebemos a compartimentalização, a separação entre dor física e dor psíquica, o que é limitante,

de outro, não sustenta ou explica o conteúdo do adoecer, sendo necessária uma composição suplementar entre suas diferentes dimensões⁽⁸⁾. Assim, não é mais possível considerar o funcionamento psicofísico, por meio da dicotomia dualista com que se compreende os fenômenos relativos ao humano.

Esse dualismo pode ser consequência da idéia cartesiana de separação mente/corpo. Com o “Penso, logo existo”, Descartes sugere que pensar e ter consciência do pensar são os substratos da existência, e, sabendo-se que Descartes concebia o pensamento como uma atividade separada do corpo, essa afirmação denota a separação da mente (coisa pensante – *res cogitans*) e do corpo não pensante (*res extensa*), o qual tem extensão e partes mecânicas⁽⁹⁾.

É esse o erro de Descartes: a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível com volume, com dimensões e com um funcionamento mecânico, de um lado, e a substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível de outro; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adviniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentemente do corpo^(9,280).

Com o domínio da divisão cartesiana na investigação e prática médica, ocorre o abandono da abordagem orgânica da mente-no-corpo, predominante desde Hipócrates até o Renascimento, resultando na negligência dos efeitos dos conflitos psicológicos no corpo e do inverso, das consequências psicológicas das doenças do corpo⁽⁹⁾.

Com as descobertas trazidas pela psiconeuroimunologia, caem as barreiras existentes entre corpo e mente, espírito e matéria. Há evidências da presença de peptídeos e receptores localizados em várias partes do corpo que transportam mensagens do cérebro para o corpo, do corpo para o cérebro, dentro do cérebro e de uma para outras partes do corpo. Essas unidades bioquímicas traduzem as emoções para eventos do corpo, ou seja, esse campo de pesquisa prova a interação entre os sistemas em nível anatômico⁽¹⁰⁾.

Abordando a questão da dualidade corpo/mente, da perspectiva da complexidade e, considerando os avanços realizados pelas neurociências, Morin reconhece cérebro e espírito como realidades inseparáveis, tendo em vista que nenhuma produção do espírito escapa a uma atividade local e geral do cérebro, portanto, todo fenômeno psíquico depende de um fenômeno biofísico. Assim, há uma dupla subordinação: uma relação inegável de dependência do espírito em relação ao cérebro, uma vez que se pode atuar sobre todos os aspectos do espírito, agindo de maneira química, elétrica ou anatômica sobre o cérebro e, por outro lado, o que afeta o espírito, afeta o cérebro e, através deste, o organismo⁽⁶⁾.

Todavia, não é possível conceber esta relação do espírito com o cérebro como a do produtor e seu produto, ou como causa/efeito, uma vez que o produto pode retroagir sobre o produtor e o efeito sobre a causa, indicando uma ação recíproca, uma causalidade circular, que nos leva ao círculo paradoxal entre as noções de cérebro e espírito⁽⁶⁾.

Mesmo não se referindo às idéias até então abordadas, cabe considerar que no campo da oncologia, vem sendo focado o conceito de “dor total” por Dr^a Cicely Saunders que se apóia em uma abordagem que busca incorporar várias dimensões como a emocional, social, espiritual, interpessoal, dentre outras, para a compreensão e intervenção nas situações dolorosas de pacientes com câncer⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, enfocar a dor da criança e do adolescente com câncer de forma polarizada em física, mental, psicológica, emocional, pode restringir a atuação profissional, limitando o cuidado, muitas vezes a intervenções estanques, desconsiderando as múltiplas dimensões da dor. Mesmo que na expressão da dor, algumas dimensões se tornem mais

se concebe entre elas limites rígidos de separação.

Quando visualizamos essa separação entre físico e mental, orgânico e emocional estamos ampliando as possibilidades de construir um cuidado fragmentado, dirigido especificamente às partes, impedindo a constituição de um cuidado que possa contemplar as diferentes dimensões da dor vivenciada pela criança e adolescente com câncer.

Apesar do predomínio dessa dicotomia, cabe considerar que alguns profissionais entrevistados trazem uma visão ampliada, apontando a necessidade de se considerar aspectos sutis para a avaliação da dor, por exemplo, a reação do paciente a uma intercorrência com um colega de quarto e as modificações em seu comportamento cotidiano: *Se, de alguma maneira fica tentando ver tudo o que tá acontecendo com a outra criança do lado [...] Como se fosse assim medo de acontecer com ela, então é medo, é dor (M)*.

Além disso, reconhecem que é preciso englobar a família no cuidado. Seja atentando-se às suas necessidades, seja construindo uma relação de parceria neste cuidado: *Também ajudar na família [...] Acho que a dor da criança, os pais principalmente, os familiares, as pessoas mais envolvidas sentem tanto quanto a criança, eu acho que também a conversa, é tranquilizar, explicar o que está acontecendo, eu acho que todos os recursos que tiverem à mão [...] (M)*.

Em relação aos recursos utilizados no manejo da dor, embora os profissionais enfatizem como primordial a utilização da medicação que estes assinalam, também, outras intervenções que transcendem o eixo biológico, tais como arte, mediação de leitura, música, atividades recreativas. Essas estratégias, além de favorecer o alívio da tensão da hospitalização funcionam como artifícios que auxiliam os profissionais nos momentos da realização de procedimentos dolorosos. A adequação da estrutura física, a conversa, a escuta, o acolhimento, o atendimento a preferências alimentares e a classe hospitalar são outras possibilidades de intervenções apontadas.

Todavia, as condições organizacionais e do trabalho da equipe constituem entraves para a construção de um cuidado que contemple a dor como fenômeno complexo. Em outras palavras, o cuidado à criança e ao adolescente organiza-se de modo fragmentado, com articulação, ainda, limitada e com profissionais que se diferenciam em sua autonomia, conhecimento e vínculo com a instituição.

Em relação à dinâmica de trabalho dos profissionais, se destaca a existência de uma equipe fixa ligada à unidade de onco-hematologia pediátrica. Nessa categoria, estão o médico, docente responsável pelo serviço, os médicos contratados, os psicólogos e os residentes específicos da oncologia pediátrica que permanecem na equipe por um ou dois anos. Também fazem parte uma enfermeira, uma nutricionista e uma assistente social, porém, esses profissionais além de atuarem na unidade de oncologia pediátrica, atuam também na assistência a pacientes de outras especialidades, internados na clínica pediátrica da instituição.

Além desse grupo, existem outros profissionais envolvidos no cuidado desses pacientes. São os estagiários de diversas categorias profissionais e, ainda, a equipe de enfermagem que desenvolve suas atividades em esquema de rodízio de plantões.

É importante considerarmos o tipo de vínculo do profissional no serviço, tendo em vista as diferentes perspectivas demonstradas em relação ao cuidado à criança e ao adolescente com câncer em situação dolorosa.

Os médicos que estão iniciando suas atividades mais recentemente, como é o caso dos residentes, acreditam que a sistematização do conhecimento de como atuar no atendimento a esses pacientes, por meio de protocolos possa trazer uma maior tranquilidade ao profissional que chega ao serviço:

dor. Mas agora eu estou mais tranquila. Eu acho que me familiarizei melhor também com o protocolo do serviço [...] mas mesmo assim a gente tem um pouco de dificuldade [...] Assim, você também sofre um pouco vendo a criança sentindo dor (M).

O depoimento de uma das enfermeiras vem ao encontro dessa afirmação, uma vez que é apontada uma maior dificuldade dos residentes em lidar com as situações de dor desses pacientes:

Os residentes que estão iniciando, ficam de plantão, os R1, eles se sentem inseguros. Às vezes não só a dor em si por causa do câncer numa fase final ou aumento do tumor, mas o pós-operatório também [...] (E).

Essa dificuldade é percebida especialmente nos plantões noturnos em que os membros da equipe fixa não estão presentes e as decisões são tomadas pelo plantonista que, na maioria das vezes, não é o médico responsável pelo paciente e não participou das discussões da equipe.

Os enfermeiros apontam a falta de conhecimento para atuar de forma mais efetiva, utilizando outras intervenções além do recurso medicamentoso e a falta de autonomia como obstáculos ao cuidado desses pacientes:

Às vezes pela falta da literatura... você não sabe exatamente até onde você pode ir (E).

Esse sentimento de dependência de outros profissionais também é apontado por um médico, como vemos neste exemplo:

Eu acho que tem pouca experiência [...]. Porque a gente acaba passando pro pessoal da analgesia. Aí vem o Dr. A. aqui, toda vez que acontece alguma coisa. Mas a gente mesmo lidar com a situação [...]. Eu nunca fui aplicar anestésico num cateter de peri-dural (M).

Todavia, outro médico reconhece a necessidade de recorrer à equipe especializada no tratamento da dor no sentido de proporcionar o melhor cuidado no alívio da dor da criança e adolescente com câncer:

Você tem que ter uma equipe especializada atrás disso. [...] equipe de dor, então quando a gente sentir que alguém pode fazer mais pelo paciente que a gente, também não ter "prurido" de olha não, eu sei tudo [...] eu posso [...] Eu vou encaminhar pra quem sabe, ou discutir com quem sabe [...] Então eu acho que você ter também condição desse recurso tecnológico, droga, conhecimento e principalmente uma equipe adequada, treinada e com capacidade pra fazer isso (M).

Nessa situação, apreende-se que os médicos trouxeram visões diferentes, o que pode denotar as dificuldades de conciliação entre os limites dos conhecimentos das especialidades.

A questão da autonomia é analisada no processo de constituição da prática das especialidades médicas e a progressiva tecnologização da medicina distinguindo-se dois modos de fragmentação do trabalho: primeiro, o trabalho que era originalmente realizado por um único médico passa a ser desenvolvido por outros profissionais. Nessa modalidade, em que o parcelamento do trabalho ocorre entre desiguais, a composição do trabalho médico parece ser dada mais facilmente, uma vez que há soberania deste no processo, como formulador intelectual do projeto global da intervenção. A outra modalidade refere-se à divisão horizontal do trabalho, ou seja, às especialidades médicas, denominada de trabalhos parcelares de iguais, representados por articulações entre trabalhos de caráter intelectual similar. Neste caso, para que não houvesse uma perda do domínio intelectual do processo de intervenção, esta divisão ocorreu com a construção de processos de trabalho relativamente independentes entre si, resultando na fragmentação da totalidade do doente em parcelas isoladas como objetos independentes de trabalho. Todavia, com a presença do doente, as idéias de interdependência e complementaridade desses trabalhos se

Exemplificando tal idéia, é mencionada a noção de homem que, fracionada entre diferentes disciplinas tanto das ciências biológicas quanto das ciências humanas é estudada de forma isolada: a física, o cérebro, o organismo, a cultura, os genes, ressaltando que para esses múltiplos aspectos da complexa realidade humana adquirirem sentido é necessário que possam ser religados a essa realidade⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva a interdisciplinaridade vem sendo apontada como possibilidade de ultrapassar os limites criados por essa excessiva especialização. Desta forma, o trabalho em equipe é destacado como uma prática representativa da interdisciplinaridade que deve ser estimulada, porém são também apontadas as dificuldades para sua operacionalização, uma vez que não se trata da justaposição de conhecimentos e ações, mas da convergência de esforços para a integração em um tecido único, composto pelas diferentes competências⁽¹²⁾.

Embora o trabalho em equipe seja reconhecido como um recurso imprescindível ao cuidado da dor da criança e do adolescente com câncer e tenha sido destacada a importância da integração e articulação entre os membros dessa equipe, percebe-se, ainda, em alguns profissionais, uma concepção fragmentada, ou seja, cada componente deve lidar com a sua parte do cuidado, em momentos distintos, sendo o cuidado dividido e não compartilhado. *Não é a minha alçada, então eu sempre peço pro colega de trabalho ir lá e ver a parte dele, porque eu não posso fazer nada [...] (N).*

Todavia, alguns profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, denominada de fixa e os profissionais de enfermagem que desenvolvem suas atividades no serviço há mais tempo trazem a percepção de uma transformação do trabalho da equipe nos últimos dez anos. Esses profissionais concordam que houve uma evolução positiva no cuidado à criança e ao adolescente com câncer em situação de dor e acreditam que essa modificação não tem relação somente com as novas tecnologias e abordagens terapêuticas, mas especialmente com as modificações que se operaram nos profissionais e a integração da equipe multiprofissional.

Na fala de um dos profissionais, que iniciou suas atividades mais recentemente na equipe fixa, é mencionada a preocupação da equipe com a dor da criança e do adolescente com câncer hospitalizado: *A situação de dor aqui, eu vejo uma preocupação com isso, eu não me recordo de ter visto alguém que eu falei, ah, essa pessoa não está sendo cuidada no sentido da dor (P).*

Nessa perspectiva, é possível perceber uma sinalização de uma equipe que tem construído articulações, que tem refletido sobre o cuidado aos pacientes pelos quais são responsáveis.

Por outro lado, um dos médicos ressalta a banalização do cuidado, ou seja, a sua realização de uma forma mecânica, pelos diversos profissionais como um problema atual no atendimento a esses pacientes:

Porque muitas vezes numa situação a pessoa não tem tempo, não é que não tem tempo. Eu tenho visto, que o maior problema é a banalização do cuidado. A pessoa não está mais atenta, igual a enfermagem, quer cumprir, quer passar a medicação, que ela quer? quer fazer a obrigação dela, o médico passa lá e quer fazer a obrigação dele, não está muito preocupado. Então por isso que eu estou falando a mecanização do atendimento [...] (M).

Este atendimento de forma mecanizada também é apontado por uma enfermeira quando se refere aos atendimentos nos esquemas de plantões: *Você vai atrás do médico, principalmente do que é plantonista, e às vezes você escuta assim: mas é o que está prescrito (E).*

Refletir a respeito dessa banalização do cuidado e da mecanização do atendimento remete-nos a questões relativas tanto à formação dos profissionais da saúde quanto à organização do trabalho na instituição.

se propostas pedagógicas que melhor respondam às necessidades da sociedade contemporânea. Contemplando além dos aspectos biológicos, as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.

Apesar dos esforços no sentido de se construir um novo modelo que possa ir ao encontro da integralidade na assistência, ainda predomina na maioria das escolas um modelo centrado na racionalidade técnica, na transmissão do conhecimento, numa ótica de que para assegurar a qualidade da formação, o exercício profissional, deva ser precedido de uma sólida base científica. Essa formação, essencialmente voltada para a dimensão biológica favorece o despreparo desses profissionais para enfrentar as outras dimensões presentes em sua prática profissional⁽¹³⁾.

Tal modelo, a nosso ver, além de proporcionar o despreparo profissional para lidar com as outras dimensões do ser humano, se torna limitante mesmo para o atendimento à dimensão biológica, uma vez que ao visualizarmos essa separação, estamos reduzindo o ser humano a uma parte e desconsiderando a complexidade do todo. Postura que favorece uma atuação centrada em tarefas e rotinas.

Um outro aspecto que pode favorecer essa mecanização do cuidado diz respeito ao processo de trabalho desenvolvido na instituição que, nesse caso, se dá com uma estrutura verticalizada, na qual os profissionais, embora desenvolvendo suas atividades em um mesmo local, não possuem um projeto comum, concebido e realizado conjuntamente.

Alguns autores observam que este tipo de organização, em que os diversos setores que a compõem são organizados em departamentos isolados. Cada categoria profissional é responsável pelas suas próprias regras, o que favorece o isolamento profissional e a não integração entre as linhas de trabalho, resultando na fragmentação do cuidado^(14,15).

Ainda deve ser levado em conta, nesse contexto, o fato de que este é um hospital-escola com a característica de possuir além da equipe fixa, uma equipe flutuante, composta por estagiários e residentes de várias áreas atuando no cuidado a esses pacientes fazendo-se necessária sua inclusão nessa equipe, por meio da articulação com a equipe fixa.

Neste contexto, vemos que a própria organização institucional e a concepção presente na formação dos profissionais não vêm abrindo caminhos para a constituição de um trabalho que favoreça uma atuação interdisciplinar.

É necessário atentar-se para o significado que é atribuído à interdisciplinaridade, pois o termo pode significar troca e cooperação, como também auto-afirmação dos direitos individuais de cada disciplina⁽⁷⁾. Dessa forma, é preciso levar em conta que um agrupamento de profissionais de diferentes especialidades atuando no cuidado dessas crianças não garante uma atuação interdisciplinar.

Por outro lado, é preciso combater a idéia que para um trabalho ser interdisciplinar, é preciso uma harmonia constante entre os componentes da equipe. Faz-se necessário, contudo, não ignorar sua existência, mas refletir acerca de tais situações, para que os objetivos propostos sejam atingidos. O grande desafio é distinguir os múltiplos enfoques dos profissionais e compor uma unidade de cuidado em que esses enfoques sejam articulados de forma a atender ao cuidado das múltiplas dimensões da dor da criança e do adolescente com câncer. Isso supõe um projeto comum.

4 Considerações finais

Assim, é perceptível a complexidade que envolve a compreensão do fenômeno da dor da criança e do adolescente com câncer, que ao mesmo tempo em que precisa ser percebida em sua totalidade, é necessário distinguir as diferentes dimensões que a compõe, porém, em uma lógica que não fragmente tais dimensões, mas que as interligue, não perdendo

Conceber um processo de trabalho pautado em um eixo interdisciplinar talvez seja o maior desafio na construção de um cuidado integral à criança e ao adolescente com câncer, em situações de dor, considerando as questões enfocadas no decorrer deste estudo. Contudo, a nosso ver, a construção desta prática revela-se também como a maior possibilidade de se obter uma operacionalização efetiva dos conhecimentos já produzidos em relação à temática, que, como enfatizado no início deste estudo, é a prioridade atual apontada pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾.

Nesse sentido, é necessário que tal articulação ocorra em todas as fases do processo de cuidar, ou seja, é preciso uma avaliação conjunta dos profissionais, que possibilite a percepção dos diferentes componentes envolvidos na dor que se evidencia na criança e no adolescente com câncer e consequentemente, permita a escolha da melhor forma de intervenção entre as possibilidades terapêuticas existentes e a avaliação da eficácia da terapêutica escolhida, considerando-se as peculiaridades de cada criança e cada família.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva / England: WHO;1998.76p.
2. Morin E. Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa: Stória Editores Ltda; 2001.177p.
3. Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.350p.
4. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Trad. Regina Machado Garcez. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;1995.311p.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas de pesquisa em seres humanos: Resolução 196/96. Brasília (DF);1996.12p.
6. Morin E. O método 3: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre (RS): Editora Sulina;1999.288p.
7. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil;2001.128p.
8. Perissinoti DMN. "Dor psicogênica": Mito ou realidade? Ribeirão Preto (SP): DOL (Dor on line) Boletim elaborado pelo Núcleo de Pesquisa em Analgesia e Inflamação (NUPAIN) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2003.[4p]. Disponível em:<<http://www.dol.inf.br/html/Repensando/RepensandoDorPsicogenica.html>>. Acessado em: 2004 jan 2003.
9. Damásio AR. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras;1996.330p.
10. Schisler EL. O conceito de dor total no câncer. In: Schulze CMN. Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe; 1997.234p.p.49-62.
11. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec;1993.229p.
12. Demo P. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis (RJ): Vozes;2001.317p.
13. Lima VV, Ribeiro ECO. Desafios na construção de novos modelos pedagógicos nos cursos de medicina e de enfermagem. Olho Mágico; 2002;9(1):45-8;.
14. Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.385p.
15. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4(2):393-403.