



Global Journal of Nursing

(ISSN:2637-4994)



SPIRITUALITY IN THE PERSPECTIVE OF THE PROFESSIONALS OF PEDIATRIC ONCOLOGY IN RESPECT OF PALLIATIVE CARE

Amanda Kamyllie Cavalcanti Guedes¹; Ana Paula Amaral Pedrosa²; Mônica de Oliveira Osório³; Thais Ferreira Pedrosa⁴; Eliane Nóbrega Albuquerque⁵; Maria Eduarda Pedrosa Bouçanova⁶

¹Psicóloga Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP e Mestranda em Psicologia– UFPE. ^{2, 3, 5} Psicóloga Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. ⁴Psicóloga Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP ⁶Acadêmica de Medicina da Universidade de Pernambuco-UPE

ABSTRACT

Introduction: Spirituality in the context of illness is used as a coping mechanism by patients, family members and health professionals; allowing the creation of meanings and assisting in the subjectivation of individuals from contents transcendent to life. **Objectives:** Understand how spirituality is expressed as a coping mechanism in the face of the routine of health professionals working in the pediatric oncology context in the care setting palliative. **Methodology:** Qualitative study performed in a hospital-school in the city of Recife, a reference in the pediatric oncology treatment. Data collection was performed with 12 health professionals between August and October 2017. Data were collected through sociodemographic questionnaires and individual semi-structured interviews, recorded in audio and subsequently submitted to the Content Analysis technique. **Results and Discussion:** Spirituality was the coping mechanism most reported by health professionals. Participants meant working in pediatric oncology from the will of God, as chosen people for that mission, relating to the understanding of having a purpose for it. Regarding the practice of the profession before the patients in the process of treatment and palliation, spirituality is understood as the way to deal with the innumerable losses and deaths in the hospital setting. **Conclusions/considerations:** The presence of spirituality promotes quality of life and helps professionals to make the environment less difficult and endowed with transcendental meanings, showing that they also need the means to give meaning to the suffering present in their daily work.

Keywords: Palliative Care, Spirituality, Medical Oncology, Patient Care Team

*Correspondence to Author:

Amanda Kamyllie Cavalcanti Guedes UFPE.

How to cite this article:

Amanda Kamyllie Cavalcanti Guedes; Ana Paula Amaral Pedrosa; Mônica de Oliveira Osório; Thais Ferreira Pedrosa; Eliane Nóbrega Albuquerque; Maria Eduarda Pedrosa Bouçanova. SPIRITUALITY IN THE PERSPECTIVE OF THE PROFESSIONALS OF PEDIATRIC ONCOLOGY IN RESPECT OF PALLIATIVE CARE. Global Journal of Nursing , 2020, 3:16

 eSciPub
eSciPub LLC, Houston, TX USA.
Website: <https://escipub.com/>

INTRODUCTION

The term palliative arises from the verb palliate, originated from the Latin palliare and palliatus, which mean "mantle" and "attenuate", respectively. According to the origin of the word, therefore, one can think about palliative care as the act of covering with a mantle and providing relief without necessarily focusing on healing during the treatment process^{1,2}.

The World Health Organization (WHO) defined palliative care for the first time in 1990, when it directly related it to cancer treatment, aiming at comprehensive care for patients and enabling care related to terminality. In 2002, the concept was expanded to include patients with other chronic diseases, that is, any disease that threatens the continuity of life. The expanded concept also allows care to be administered based on different social realities, in view of the materials available and the epidemiological profile of the public served³.

Thus, Palliative Care is characterized as an action strategy that aims to increase the quality of life of patients and family members who have a disease that threatens their continuity, for this, it develops measures to relieve pain and suffering in all dimensions that encompass the subjects: physical, psychic, social and spiritual^{3,4}; it is also important to emphasize that the WHO points out the need for palliative care to be started concurrently with the diagnosis, that is, with curative treatment³. When administered with children and adolescents (in this work, the terms "children and adolescents", "in children and adolescents" and "pediatric" were used as synonyms), palliation comprises actions that maximize the relationship between these and their caregivers, decisions are made taken in partnership respecting the limitations of patients and is a proposal resulting from differentiated studies adapted to the pediatric public².

In Brazil, even though the practice of palliative care has been addressed since 1990, gaining space in discussions and actions within the

Unified Health System (SUS), the actions directed at children and adolescents with cancer are even younger, little explored and without significant advances, requiring further studies and further studies^{3,5,6}.

Pediatric cancer is currently responsible for the biggest cause of death from illness among the age group from 0 to 19 years old, with palliative care being important in the entire process of disease evolution, as previously mentioned. It presents a clinical picture that differs from cancers developed in adulthood with different characteristics regarding treatment, origins and clinical behaviors; it develops in a short latency period and aggressively, however there is a high chance of cure, about 80%, when discovered early and treated correctly^{7,8}.

Assistance in pediatric cancer palliation is carried out by a multiprofessional health team, which is responsible for providing active and total care to patients and support and support for their families, establishing a holistic care performance in all dimensions that encompass them, that is, the psychosocial and spiritual aspects are accepted and this is perpetuated in the period of mourning for caregivers. The terminality process and the possibility of death is still characterized as a taboo in the hospital environment, professionals dedicated to healing are faced with the family's suffering and their own period of mourning, being part of this difficulty established in a context academic who still does not approach finitude as belonging to health, focusing on healing at any cost and following the biological logic of care^{2,9,10}.

The illness and the possibility of death of the child and adolescent can be understood by professionals as something that is not part of the natural cycle of life, as if the act of living was being denied to this public; the difficulties also include the attachment created between patients and family members and professionals. The context of health and illness is often characterized by high hours of work, low wage investments and high levels of stress, depression and anxiety, symptoms that can be

caused by Burnout Syndrome, which is a pathology of work cause also characterized due to the demotivation and emotional exhaustion of health professionals^{10,11,12}.

It is in view of this polysemic scenario in which spirituality, which was already present as a dimension of care, appears as a coping mechanism not only for patients and their caregivers, but also for health professionals.

Spirituality as a coping or coping mechanism works by decreasing symptoms and preventing Burnout Syndrome, such mechanisms are used as ways of adapting to adverse situations, contexts with a high degree of stress levels and with high emotional mobilization, as in the case of wards of pediatric oncology. Thus, the presence of spirituality in these scenarios can act by providing physical and mental health, as well as quality of life to health professionals, insofar as it causes disease prevention^{11,13}.

Spirituality is obtained as something that transcends life and the contents of what is said as a human characteristic, it allows the subject to give personal meanings to their experiences so that they become more flexible in the face of daily life, generating a sense and feeling of belonging; it also allows each person to find his way of subjectifying the events around him, generating purpose in life and relationship with the sacred. It appears first that religion, for it to be present, does not necessarily need to be related to some religious practice, the latter being a way in which beliefs, doctrines and rituals are established^{1,13}.

Taking into account studies that prove the importance and the positive influence of spirituality in the daily lives of health professionals, which is evident in the improvement of the treatment to the patient and the therapies developed, as well as professional well-being, this article was born^{13,14}. The study aims to understand how spirituality is expressed as a coping mechanism in the face of the routine of health professionals who work in the pediatric oncology context in the palliative care setting.

METHODOLOGY

The research was developed focusing on the qualitative method of exploratory-descriptive nature, a multifaceted method that is characterized by deepening the facts, groups and interactive processes in the place where they occur, that is, it seeks to obtain the descriptive data directly with the investigated subjects and according to their perspectives. The investigation process occurs in a flexible way and involves several instruments¹⁵.

This article is the result of an excerpt made from a larger project and was carried out as the theme of spirituality stood out, showing itself to be relevant and in need of further study. The study was conducted with multidisciplinary health professionals who work in a teaching hospital in the city of Recife, which is a reference in the North / Northeast in the diagnosis and treatment of pediatric cancer. As an inclusion criterion, there was practical experience with children and adolescents in palliative care and have at least one year of experience in the investigated sector. It was decided not to add residents to the sample due to the rotational nature of graduate programs.

The sample was given for convenience according to the availability and desire of the target audience and was characterized by the participation of 12 (twelve) professionals. Data were collected between August and October 2017 from the administration of a sociodemographic questionnaire and the semi-structured interview, which was recorded with the prior authorization of the interviewees and the signing of the Free and Informed Consent Form (ICF); performed individually and in a reserved place.

The semi-structured interview questions were established, in general, in three axes: 1) understanding about Palliative Care; 2) feelings experienced in the face of the patient's illness and death process; and 3) perceptions of the practice in pediatric oncology. Once performed, all data were faithfully transcribed in the stated manner and submitted to Content Analysis, a set

of techniques that analyze the communication passed through the different speeches, being carried out in three stages: pre-exploration of the content, selection of units analysis and categorization and subcategorization process^{16,17}.

To guarantee the confidentiality of the information and the anonymity of the respective identities, the subjects were identified by the letter "P", referring to the term "participant", next to the numbering from 1 to 12, referring to the number of professionals interviewed. Finally, it is important evidence that the research construction process followed the guidelines of resolution 466/12 of the National Health Council (CNS) being submitted to the institution's Human Research Ethics Committee and approved through protocol number CAAE70945417.3.0000.5201.

RESULTS AND DISCUSSION

The study was conducted with 12 health professionals from pediatric oncology who were divided into the following categories: nursing, nursing technician, nutrition, medicine, physiotherapy and occupational therapy. Describing some information from the sociodemographic questionnaire, it can be identified that 9 were female and the sample was between 29 and 55 years old. The training time varied significantly, with subjects with less than 5 years of training up to more than 20 years after finishing the technical or undergraduate course. The time referring to work in pediatric oncology varied between 1 and more than 10 years of activities in the service.

Regarding religion, only one participant declared himself without, being seven professionals from the Catholic religion, two from the evangelical segment and two from spiritism. However, the presence of spirituality in the speeches mentioned was found in nine of the twelve participants and will be explored in this article from three categories found, they are: 1) Spirituality, Beliefs and Religions; 2) Spirituality as a Comfort Device and 3) Spirituality and Mission in Pediatric Oncology.

Spirituality, Beliefs and Religions

In this category, speeches related to faith and religion emerge, as well as content that encompasses their importance in the health and disease process and, consequently, in the care provided by professionals. According to the available literature, it can be understood that the illness is capable of enabling the beginning by the search for meaning, since a long treatment process begins in which the health team is directly connected with patients and their families. It is in this scenario that beliefs and the innumerable expressions of spirituality appear in order to guarantee social and emotional support, as well as maintaining the motivation to continue developing their respective activities within the pediatric oncology scenario^{1,12,18}.

The diagnosis of cancer in childhood and adolescence is accompanied by contradictory feelings on the part of the team, patients and family members, with death being a strong association when the disease is established. Finitude is an issue that has been poorly addressed in the field of health education and, still considered taboo, it is responsible for part of the suffering experienced in the hospital environment when healing is no longer possible or when complications occur triggering death. As previously stated, in palliative care, the spiritual dimension is part of the care provided, however, so that the health professional can act considering the beliefs of patients and their families, their own beliefs need to be explored and respected in view of their therapy, because facing the possibility of death and dying makes this professional face his own human condition^{1,4,.}

From the statements transcribed for this category, there is a high influence and importance of the beliefs and faith expressed in different ways by the subjects interviewed in view of the pediatric oncological context. As in the speech of P12, P11 and P10:

Eu uso muito a minha crença, entendeu? E a grande maioria das crenças no Brasil elas são espiritualistas e de formas diferentes acreditam

numa outra existência, então isso, para mim, também me dá uma segurança, isso para mim me dá um conforto, sabe? Saber que a luta, a batalha, as experiências vividas não foram em vão, porque eu acredito nisso, então eu tento passar realmente para eles que valeu a pena aquela situação.(P12)

Por trás do ponto de vista do médico tem muita coisa também, né? Tem a questão da Fé, da religiosidade, há pessoas que acreditam em milagres, pessoas que não perdem a fé e é tão relativo isto porque nós da área de saúde nós somos testemunhas de milagres.(P11)

A minha fé me permite acreditar que isso aqui é só um pedaço que aqui é só uma passagem né, então isso aqui que essas crianças, essas famílias estão passando é só mais uma experiência no percurso evolutivo delas vamos dizer assim.(P10)

The excerpts from the statements show the belief that the patient's illness and possible death constitute transient events, that is, there is an understanding of an existence beyond earthly life, with cancer being a phase of the patient's evolutionary process under treatment. These data corroborate with the existing literature since the establishment of a pathological condition facilitates the approximation with the divine, which is visualized in the coping mechanism related to spirituality. In this case, faith is used as a mediator and provides some conformity in the face of the worsening of the situations experienced^{1,18, 19}.

Spirituality as a Comfort Device

The illness process and its relationship with work praxis can cause ambiguous feelings in health professionals. The dichotomies live / die, heal / palliate and sadness / comfort were very present during the interviews. This occurs, once again, due to the complex field that permeates the therapies provided by the multiprofessional team, placing it constantly in contact with their particular experiences. The management with the pediatric public has some peculiarities: there is likely to be mutual attachment between family members, patients and staff due to the long hospitalization processes; professionals can transfer fraternal feelings to the children and adolescents in their care, going through the

period of mourning after death and needing emotional support during this process. For this to be eased, it is common for professionals to use spirituality as a coping mechanism since there is a search for mitigators in the face of stressful events^{10,12}.

The speeches of P05, P07 and P11 show the connection between death and comfort made by professionals and related to the end of the suffering of children and adolescents:

E, às vezes, realmente temos casos que realmente você diz assim graças a Deus que aquela pessoa se foi por conta de tanto sofrimento que você já viu, né? A gente tem que colocar Deus na frente, pedir primeiramente força a ele que não é fácil. (P05)

Então o que me conforta é isso, é saber que aquela aquela criança, aquele paciente vai para um bom lugar que Deus chegou naquele tempo, naquela hora né de vim pegar de vim buscar aquela criança (P07)

Eu peço a Deus que faça o que for melhor para ele, porque para mim é bom que ele teja aqui né, é bom que ele fique. (P11)

It is perceived that comfort arises concomitantly with the certainty that what happened to the patient was based on the will and permission of God, therefore, being the result of the will of the divine, death does not need to be questioned and mourning it can be experienced in a less traumatic and guilt-free way. Similar findings were found in other studies, but the lack of bibliography that focuses on children and adolescents makes greater associations difficult^{18, 19,20}.

In these other clippings made from the statements of P05 and P11, which follow the same theme, it is possible to verify the relationship of strength and comfort provided by God so that professionals can continue to develop their respective functions in the face of difficulties in pediatric cancer care.

A gente tem que pedir realmente força Deus, porque só ele que nos dar força para a gente poder se preparar, eu tô aqui no meu trabalho tenho que dar o meu melhor, mas fora daqui eu tenho uma vida, tenho pessoas, tenho família né que também precisam de mim. (P05)

Deus vai dando conforto muito grande para a gente, você tem que acreditar nessa força mesmo, superior, que é Deus para você suportar, superar e eu continuo aqui né, (...) enquanto for permissão de Deus, eu não me vejo fazendo outra coisa que não seja isso, cuidar eu amo cuidar, eu adoro cuidar, eu sou apaixonada por isso. (P11)

The existence of this category shows that even though spirituality has different ways of acting, being something shared in the social, but that gives openness to different individual expressions, it presents itself as a possibility to reframe everyday practices and experiences.

Spirituality and Mission in Pediatric Oncology

Finally, there is the analyzed relationship between spirituality and the reasons for working in pediatric oncology. The interviewees approached having a greater reason to be in the sector, they approach being chosen by God and having a mission towards children, adolescents and their respective family members. In this way, it is not any work that is being developed, but one that is directly related to the purpose of life of these professionals since they name it “mission” and “chosen by God”, as in the statements of P07, P09 and P11:

Eu sempre digo que a gente não está por aqui por acaso né, que trabalhar em Oncologia é preciso ser escolhido por Deus, porque não é uma tarefa fácil, (...) o que eu acho muito difícil é você ouvir aquela notícia né, que seu filho tem câncer, parece que caiu eu acho que um um um avião na sua cabeça, como se o mundo desabasse, porque você fica sem chão. (P07)

Hoje eu consigo chegar para família e já falar sem ter aquele medo, o medo da morte, dessas coisas assim, eu trabalho eu já consigo trabalhar com eles, falar dessa passagem, fazer eles entenderem e nesse momento em si Deus dá essa missão na nossa vida e nós temos uma missão. (P09)

Acima de tudo acreditar em Deus, acreditar que eu não tô aqui por acaso né E que eu não escolhi, eu fui escolhida, na minha cabeça é assim eu não escolhi, eu fui escolhida então eu procuro dar o melhor de Deus me abençoa muito, muito mesmo sabe. (P11)

CONCLUSIONS

When this work was carried out, the primary objective was not to investigate the presence of spirituality as a coping mechanism used by pediatric oncology health professionals, but these data were found during the interview process, appearing significantly in the participants' speeches. It is clear, then, that health professionals also use spirituality to reframe experiences within the work environment, as well as patients and their families.

However, even though the spiritual dimension encompasses professional practice, studies involving this field are still few and do not understand the numerous ramifications that exist in practice. Therefore, regarding the availability of bibliography on spirituality from the perspective of health professionals, it is important to note that there are few studies in the area that encompass them, mainly focusing on pediatric oncology, the majority of which were carried out with patients and / or with family members of children and adolescents undergoing treatment and with a greater focus on the adult and elderly public.

Even though there are some differences and differences as to how to perceive and, consequently, to define aspects related to the transcendental, it is observed that spirituality was mentioned as a promoter of comfort, meaning and relief in the face of the complex practice that involves pediatric oncology, constantly facilitating the routine of professionals in the hospital and acting as an important adaptive strategy to the polysemic scenario constituted in the face of hospitalization.

REFERENCES

1. Barbosa RMM, Ferreira JLP, Melo MCB, Costa JM. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. Rev. SBPH. 2017 Jun; 20(1): 165-182.
2. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. Rev. Bioét. 2016; 24 (1): 49-53
3. Gomes ANZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. Estud Av. 2016; 30: 155-166

4. Carvalho RT, Parsons HA (org). Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP; 2012
5. Magalhães IQ, Gadelha MIP, Macedo CD, Cardoso TD. A Oncologia Pediátrica no Brasil: Por que há Poucos Avanços? Rev. Bras. Cancerol. 2016; 62(4): 337-341
6. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. Aletheia [Internet]. 2011 Dez; (35-36): 179-189.
7. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2017 Tipos de câncer: infantil. [acesso em 03nov. 2018]. Disponível em:http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tip_osdecancer/site/home/infantil
8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica. Brasília Ministério da Saúde; 2017.
9. Martins GB, Hora SS. Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rev. Bras. Cancerol. 2017; 63(1): 29-37
10. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Rev. Gaúcha Enferm. 2015 Jun; 36(2): 56-62.
11. Santos AF, Santos MA. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica:Revisão Integrativa da Literatura. Psicol., Ciênc. Prof. 2015; 35(2), 437-456.
12. Machado RS, Lima LAA, Silva GGRF, Monteiro CFS, Rocha SS. Finitude e morte nasociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. Cultura de losCuidados Revista de Enfermería y Humanidades. 2016; 45(2): 91-97.
13. Longuiniere ACF, Yarid SD, Silva ECS.Influencia da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico.Rev.Cuid. 2018; 9(1):1758-66.
14. Gobatto CA, Araújo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. Psic. USP. 2013 Jan/Abril; 24(1): 11-34
15. Caregnato RCA. Pesquisa Qualitativa. Rev SOBECC. 2017 Jan/Mar; 22(1): 1-2.
16. Campos CJG. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev.BrasEnferm. 2004 Set/Out; 57(5): 611-4.
17. Campos CJG, Turato ER. Análise de Conteúdo em Pesquisas que Utilizam Metodologia Clínico-Qualitativa: Aplicação e Perspectivas. Rev. Latino-am Enfermagem. 2009 Mar/Abr; 17(2): 1-6.
18. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos.Rev. Bioethikos. 2010 4(3):315-323.
19. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. RevEscEnferm USP. 2018; 52: e03312.
20. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. Esc. Anna Nery. 2016 Mar; 20 (1): 176-182.



INTRODUÇÃO

O termo paliativo surge a partir do verbo paliar, originado do latim *palliare* e *palliatu*s, os quais significam “manto” e “atenuar”, respectivamente. De acordo com a origem da palavra, portanto, pode-se pensar acerca dos cuidados paliativos como o ato de cobrir com um manto e proporcionar alívio sem ter necessariamente como foco a cura durante o processo de tratamento^{1,2}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos pela primeira vez em 1990, momento em que o relacionou diretamente com o tratamento oncológico, visando uma assistência integral aos pacientes e possibilitando cuidados relacionados à terminalidade. Em 2002 o conceito foi ampliado e passou a abarcar pacientes com outras doenças crônicas, ou seja, qualquer doença que ameace a continuidade da vida. O conceito ampliado também permite que os cuidados sejam administrados a partir das diferentes realidades sociais, tendo em vista os materiais disponíveis e perfil epidemiológico dos públicos atendidos³.

Dessa maneira, os Cuidados Paliativos se caracterizam como uma estratégia de ação que tem por objetivo aumentar a qualidade de vida dos pacientes e familiares que apresentam alguma doença ameaçadora da sua continuidade, para isso, desenvolve medidas de alívio da dor e sofrimento em todas as dimensões que abarcam os sujeitos: física, psíquica, social e espiritual^{3,4}; é importante ressaltar, também, que a OMS pontua a necessidade dos cuidados paliativos serem iniciados concomitantemente ao diagnóstico, ou seja, junto ao tratamento curativo³. Quando administrada com crianças e adolescentes (neste trabalho, utilizaram-se os termos “infantojuvenil”, “em crianças e adolescentes” e “pediátrico” como sinônimos), a palição compreende ações que maximizem a relação entres estes e seus cuidadores, as decisões são tomadas em parceria respeitando as limitações dos pacientes e é uma proposta resultante de

estudos diferenciados e adaptados ao público pediátrico².

No Brasil, mesmo a prática dos cuidados paliativos sendo abordada a partir de 1990, ganhando espaço nas discussões e na atuação dentro do Sistema único de Saúde (SUS), as ações direcionadas às crianças e aos adolescentes com câncer são ainda mais novas, pouco exploradas e sem avanços significativos, necessitando de maiores estudos e aprofundamentos^{3,5,6}.

O câncer pediátrico é o responsável atualmente pela maior causa de morte por doença entre a faixa etária de 0 a 19 anos, sendo os cuidados paliativos importante em todo o processo de evolução da doença, como dito anteriormente. Apresenta quadro clínico que difere dos cânceres desenvolvidos na fase adulta com características distintas quanto ao tratamento, origens e comportamentos clínicos; desenvolve-se em curto período de latência e de forma agressiva, todavia há elevada chance de cura, cerca de 80%, quando descobertos de forma precoce e tratados de forma correta^{7,8}.

A assistência na palição oncológica pediátrica é realizada por uma equipe de saúde multiprofissional, a qual é responsável por proporcionar uma atenção ativa e total aos pacientes e de apoio e suporte aos seus familiares, estabelecendo uma atuação holística do cuidado em todas as dimensões que os englobam, ou seja, os aspectos psicossociais e espirituais são acolhidos e isso se perpetua no período de luto dos cuidadores. O processo de terminalidade e a possibilidade de óbito ainda é algo caracterizado como tabu no âmbito hospitalar, os profissionais que se dedicam à cura se vêem frente ao sofrimento da família e ao seu próprio período de luto, sendo parte dessa dificuldade estabelecida diante de um contexto acadêmico que ainda hoje não aborda a finitude como pertencente à saúde, possuindo como foco a cura a qualquer custo e seguindo a lógica biologicista de atenção^{2,9,10}.

O adoecimento e a possibilidade de morte da criança e do adolescente podem ser

compreendidos pelos profissionais como algo que não faz parte do ciclo natural da vida, como se o ato de viver estivesse sendo negado a esse público; as dificuldades também englobam o apego criado entre os pacientes e familiares e profissionais. O contexto de saúde e doença é caracterizado por muitas vezes possuir elevadas horas de trabalho, baixos investimentos salariais e altos índices de estresse, depressão e ansiedade, sintomas que podem ser causados pela Síndrome de Burnout, a qual é uma patologia de causa laboral também caracterizada pela desmotivação e esgotamento emocional dos profissionais de saúde^{10,11,12}.

É diante desse cenário polissêmico em que a espiritualidade, que já estava presente como dimensão de cuidado, surge como mecanismo de enfrentamento não só para os pacientes e seus cuidadores, como também para os profissionais de saúde.

A espiritualidade como mecanismo de enfrentamento ou *coping* atua diminuindo os sintomas e prevenindo a Síndrome de Burnout, tais mecanismos são utilizados como formas de adaptação frente a situações adversas, contextos com alto grau de níveis estressores e com elevada mobilização emocional, como no caso das enfermarias de oncologia pediátrica. Dessa maneira, a presença da espiritualidade nesses cenários pode atuar proporcionando saúde física e mental, bem como qualidade de vida aos profissionais de saúde na medida em que acarreta na prevenção do adoecimento^{11,13}.

A espiritualidade é obtida como algo que transcende a vida e os conteúdos do que é dito como característica do humano, ela permite que o sujeito dê significados pessoais às suas vivências de modo que estas se tornem mais flexíveis diante do cotidiano, gerando sentido e sensação de pertencimento; proporciona também que cada pessoa encontre seu modo de subjetivar os acontecimentos em sua volta gerando propósito de vida e relacionamento com o sagrado. Surgindo primeiro que a religião,

para que esteja presente não precisa necessariamente está relacionada com alguma prática religiosa, sendo a última um modo pelo qual há o estabelecimento de crenças, doutrinas e rituais^{1,13}.

Levando em consideração estudos que comprovam a importância e a influência positiva da espiritualidade no cotidiano dos profissionais de saúde, a qual se evidencia na melhora do tratamento ao paciente e das terapêuticas desenvolvidas, bem como do bem-estar profissional, nasce esse artigo^{13,14}. O estudo tem por objetivo compreender de que forma a espiritualidade se expressa como mecanismo de enfrentamento diante da rotina dos profissionais de saúde que atuam no contexto oncológico pediátrico no cenário de cuidados paliativos.

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolveu-se tendo como foco o método qualitativo de cunho exploratório-descritivo, método multifacetado que se caracteriza por fazer um aprofundamento dos fatos, grupos e processos interativos no lugar em que os mesmos ocorrem, ou seja, busca obter os dados descritivos diretamente com os sujeitos investigados e de acordo com as suas perspectivas. O processo de investigação ocorre de maneira flexível e envolve vários instrumentos¹⁵.

Este artigo resulta de um recorte realizado a partir de um projeto maior e foi realizado na medida em que a temática da espiritualidade se destacou, mostrando-se relevante e com necessidade de aprofundamento. O estudo foi realizado com profissionais multidisciplinares de saúde que atuam em um hospital-escola da cidade do Recife, o qual é referência no Norte/Nordeste no diagnóstico e tratamento do câncer pediátrico. Como critério de inclusão havia o de ter experiência prática com crianças e adolescentes em cuidados paliativos e ter pelo menos um ano de atuação no setor investigado. Optou-se por não adicionar os residentes na amostra pelo caráter rotativo dos programas de pós-graduação.

A amostra se deu por conveniência de acordo com a disponibilidade e desejo do público-alvo e foi caracterizada pela participação de 12 (doze) profissionais. Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2017 a partir da administração de um questionário sociodemográfico e da entrevista semiestruturada, a qual foi gravada mediante autorização prévia dos entrevistados e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); realizada de forma individual e em local reservado.

As perguntas da entrevista semiestruturada foram estabelecidas, de forma geral, em três eixos: 1) entendimento acerca dos Cuidados Paliativos; 2) sentimentos vivenciados diante do processo de adoecimento e morte do paciente; e 3) percepções da prática na oncologia pediátrica. Depois de realizadas, todos os dados foram transcritos de forma fiel ao modo enunciado e submetidos à Análise de Conteúdo, conjunto de técnicas que analisam a comunicação passada através dos diferentes discursos, sendo realizada em três etapas: pré-exploração do conteúdo, seleção das unidades de análise e processo de categorização e subcategorização^{16,17}.

Para garantir o sigilo das informações e o anonimato das respectivas identidades, os sujeitos foram identificados pela letra "P", referente ao termo "participante", junto à numeração de 1 a 12, referente à quantidade de profissionais entrevistados. Por último, é importante evidenciar que o processo de construção da pesquisa seguiu as orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição e aprovada através do número de protocolo CAAE70945417.3.0000.5201.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 12 profissionais de saúde da oncologia pediátrica que se dividiam nas seguintes categorias de atuação: enfermagem, técnico em enfermagem, nutrição, medicina, fisioterapia e terapia ocupacional.

Descrevendo algumas informações do questionário sociodemográfico, pode-se identificar que 9 eram do sexo feminino e a amostra tinha entre 29 e 55 anos de idade. O tempo de formação variou de forma significativa, possuindo sujeitos com menos de 5 anos de formados até mais de 20 anos de término do curso técnico ou de graduação. Já o tempo referente à atuação na oncologia pediátrica variou entre 1 e mais de 10 anos de atividades no serviço.

Em relação à religião apenas um participante declarou-se sem, sendo sete profissionais da religião católica, dois do seguimento evangélico e dois do espiritismo. Todavia à presença da espiritualidade nos discursos enunciados foi encontrada em nove dos doze participantes e serão explorados neste artigo a partir de três categorias encontradas, são elas: 1) Espiritualidade, Crenças e Religiões; 2) Espiritualidade como Dispositivo de Conforto e 3) Espiritualidade e Missão na Oncologia Pediátrica.

Espiritualidade, Crenças e Religiões

Nessa categoria surgem discursos relacionados com a fé e a religião, bem como conteúdo que abarcam a importância destes no processo de saúde e doença e, conseqüentemente, do cuidado prestado pelos profissionais. De acordo com a literatura disponível, pode-se compreender que o adoecimento é capaz de possibilitar o início pela busca de sentido, pois se inicia um longo processo de tratamento em que a equipe de saúde está diretamente conectada junto aos pacientes e seus familiares. É diante desse cenário que as crenças e as inúmeras expressões da espiritualidade aparecem a fim de garantir suporte social e emocional, como também manutenção da motivação para continuar desenvolvendo suas respectivas atividades dentro do cenário oncológico pediátrico^{1,12,18}.

O diagnóstico do câncer na infância e na adolescência é acompanhado por sentimentos

contraditórios por parte do tripé equipe, pacientes e familiares, sendo a morte uma forte associação quando a doença é instaurada. A finitude é uma questão pouco trabalhada no campo da formação em saúde e, considerada ainda um tabu, é responsável por parte do sofrimento vivenciado no âmbito hospitalar quando a cura já não é mais possível ou quando intercorrências ocorrem desencadeando o óbito. Como dito anteriormente, nos cuidados paliativos a dimensão espiritual faz parte dos cuidados prestados, todavia, para que o profissional de saúde possa atuar considerando as crenças dos pacientes e seus familiares, as suas próprias crenças precisam ser exploradas e respeitadas diante da sua terapêutica, pois estar frente à possibilidade da morte e do morrer faz com que esse profissional fique diante da sua própria condição humana^{1,4}.

A partir das falas transcritas para essa categoria, observa-se elevada influência e importância das crenças e da fé expressas de formas diferentes pelos sujeitos entrevistados frente ao contexto oncológico pediátrico. Como no discurso de P12, P11 e P10:

Eu uso muito a minha crença, entendeu? E a grande maioria das crenças no Brasil elas são espiritualistas e de formas diferentes acreditam numa outra existência, então isso, para mim, também me dá uma segurança, isso para mim me dá um conforto, sabe? Saber que a luta, a batalha, as experiências vividas não foram em vão, porque eu acredito nisso, então eu tento passar realmente para eles que valeu a pena aquela situação.(P12)

Por trás do ponto de vista do médico tem muita coisa também, né? Tem a questão da Fé, da religiosidade, há pessoas que acreditam em milagres, pessoas que não perdem a fé e é tão relativo isto porque nós da área de saúde nós somos testemunhas de milagres.(P11)

A minha fé me permite acreditar que isso aqui é só um pedaço que aqui é só uma passagem né, então isso aqui que essas crianças, essas famílias estão passando é só mais uma experiência no percurso evolutivo delas vamos dizer assim.(P10)

Os recortes das falas evidenciam a crença de que o adoecimento e possível morte do paciente

se constituem como acontecimentos passageiros, ou seja, existe o entendimento de uma existência para além da vida terrena, sendo o câncer uma fase do processo evolutivo do paciente em tratamento. Esses dados corroboram com a literatura existente uma vez que a instauração de um quadro patológico facilita a aproximação com o divino, a qual é visualizada no mecanismo de enfrentamento referente à espiritualidade. A fé, nesse caso, é utilizada como mediadora e proporciona certa conformidade diante do agravamento das situações vivenciadas^{1,18, 19}.

Espiritualidade como Dispositivo de Conforto

O processo de adoecimento e a sua relação com a práxis laboral pode ocasionar sentimentos ambíguos nos profissionais de saúde. As dicotomias viver/ morrer, curar/ paliar e tristeza/ conforto foram bastantes presentes no decorrer das entrevistas. Isso ocorre, mais uma vez, devido ao campo complexo que permeia as terapêuticas prestadas pela equipe multiprofissional, colocando-a constantemente em contato com as suas vivências particulares. O manejo com o público pediátrico traz algumas particularidades: é provável que haja apego mútuo entre familiares, pacientes e equipe devido aos longos processos de internamentos; profissionais podem transferir sentimentos fraternos às crianças e adolescentes sob os seus cuidados, passando pelo período de luto após o falecimento e necessitando de suporte emocional durante esse processo. Para que isso se amenize, é comum que os profissionais se utilizem da espiritualidade como mecanismo de enfrentamento uma vez que há a busca por atenuantes diante de eventos estressores^{10,12}.

Os discursos de P05, P07 e P11 mostram a ligação entre a morte e o conforto feita pelos profissionais e relacionada ao fim do sofrimento das crianças e dos adolescentes:

E, às vezes, realmente temos casos que realmente você diz assim graças a Deus que aquela pessoa se foi por conta de tanto sofrimento que você já viu, né? A gente tem que

colocar Deus na frente, pedir primeiramente força a ele que não é fácil. (P05)

Então o que me conforta é isso, é saber que aquela aquela criança, aquele paciente vai para um bom lugar que Deus chegou naquele tempo, naquela hora né de vim pegar de vim buscar aquela criança (P07)

Eu peço a Deus que faça o que for melhor para ele, porque para mim é bom que ele teja aqui né, é bom que ele fique. (P11)

Percebe-se que o conforto surge concomitantemente com a certeza de que o que veio a acontecer com o paciente foi a partir da vontade e da permissão de Deus, logo, sendo fruto da vontade do divino, a morte não precisa ser questionada e o luto pode ser vivenciado de forma menos traumática e livre de culpa. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos, porém a falta de bibliografia que foque no público infantojuvenil dificulta maiores associações^{18, 19,20}.

Já nesses outros recortes realizados a partir das falas de P05 e P11, os quais seguem a mesma temática, pode-se verificar a relação da força e do conforto proporcionado por Deus para que os profissionais possam continuar a desenvolver suas respectivas funções diante das dificuldades no cuidado oncológico pediátrico.

A gente tem que pedir realmente força Deus, porque só ele que nos dar força para a gente poder se preparar, eu tô aqui no meu trabalho tenho que dar o meu melhor, mas fora daqui eu tenho uma vida, tenho pessoas, tenho família né que também precisam de mim. (P05)

Deus vai dando conforto muito grande para a gente, você tem que acreditar nessa força mesmo, superior, que é Deus para você suportar, superar e eu continuo aqui né, (...) enquanto for permissão de Deus, eu não me vejo fazendo outra coisa que não seja isso, cuidar eu amo cuidar, eu adoro cuidar, eu sou apaixonada por isso. (P11)

A existência dessa categoria evidencia que mesmo a espiritualidade tendo diversas formas de atuar, sendo algo compartilhado no social, mas que dá abertura às diferentes expressões individuais, ela se apresenta como possibilidade de ressignificar as práticas e vivências do cotidiano.

Espiritualidade e Missão na Oncologia Pediátrica

Por último há a relação analisada entre a espiritualidade e os motivos de se trabalhar na oncologia pediátrica. Os entrevistados abordaram ter um motivo maior para estarem no referido setor, abordam serem escolhidos por Deus e ter uma missão para com as crianças, adolescentes e seus respectivos familiares. Desta forma não é qualquer trabalho que está sendo desenvolvido, mas um que está diretamente relacionado com o propósito de vida desses profissionais uma vez que estes nomeiam de “missão” e “escolhido por Deus”, como nas falas de P07, P09 e P11:

Eu sempre digo que a gente não está por aqui por acaso né, que trabalhar em Oncologia é preciso ser escolhido por Deus, porque não é uma tarefa fácil, (...) o que eu acho muito difícil é você ouvir aquela notícia né, que seu filho tem câncer, parece que caiu eu acho que um um avião na sua cabeça, como se o mundo desabasse, porque você fica sem chão. (P07)

Hoje eu consigo chegar para família e já falar sem ter aquele medo, o medo da morte, dessas coisas assim, eu trabalho eu já consigo trabalhar com eles, falar dessa passagem, fazer eles entenderem e nesse momento em si Deus dá essa missão na nossa vida e nós temos uma missão. (P09)

Acima de tudo acreditar em Deus, acreditar que eu não tô aqui por acaso né E que eu não escolhi, eu fui escolhida, na minha cabeça é assim eu não escolhi, eu fui escolhida então eu procuro dar o melhor de Deus me abençoa muito, muito mesmo sabe. (P11)

CONCLUSÕES

Quando esse trabalho foi realizado não se tinha como objetivo primário investigar a presença da espiritualidade como mecanismo de enfrentamento utilizado pelos profissionais de saúde da oncologia pediátrica, porém esses dados foram encontrados durante o processo de realização das entrevistas aparecendo de forma significativa nos discursos dos participantes. Percebe-se, então, que os profissionais de saúde também se utilizam da espiritualidade para ressignificar vivências dentro do âmbito

laboral assim como os pacientes e os seus familiares.

Porém, mesmo que a dimensão espiritual abarque a prática profissional estudos que envolvem esse campo ainda são poucos e não compreendem as inúmeras ramificações existentes na prática. Logo, sobre a disponibilidade de bibliografia referente à espiritualidade na ótica dos profissionais de saúde, é importante salientar que há poucos estudos na área que os englobam, principalmente tendo como foco a oncologia pediátrica, sendo a maioria realizados com os pacientes e/ou com os familiares das crianças e adolescentes em tratamento e tendo como maior foco o público adulto e idoso.

Mesmo que existam algumas divergências e diferenças quanto à forma de se perceber e, conseqüentemente, se definir aspectos relacionados ao transcendental, observa-se que a espiritualidade foi mencionada como promotora de conforto, sentido e alívio diante da prática complexa que envolve a oncologia pediátrica, facilitando constantemente a rotina dos profissionais no hospital e atuando como uma importante estratégia adaptativa ao cenário polissêmico constituído frente à hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa RMM, Ferreira JLP, Melo MCB, Costa JM. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Rev. SBPH*. 2017 Jun; 20(1): 165-182.
2. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Rev. Bioét.* 2016; 24 (1): 49-53
3. Gomes ANZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. *Estud Av.* 2016; 30: 155-166
4. Carvalho RT, Parsons HA (org). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2. ed. São Paulo: ANCP; 2012
5. Magalhães IQ, Gadelha MIP, Macedo CD, Cardoso TD. A Oncologia Pediátrica no Brasil: Por que há Poucos Avanços? *Rev. Bras. Cancerol.* 2016; 62(4): 337-341
6. Palmeira HM, Scorsolini-Comin F, Peres RS. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia [Internet]*. 2011 Dez; (35-36): 179-189.
7. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2017 Tipos de câncer: infantil. [acesso em 03nov. 2018]. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica. Brasília Ministério da Saúde; 2017.
9. Martins GB, Hora SS. Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Rev. Bras. Cancerol.* 2017; 63(1): 29-37
10. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015 Jun; 36(2): 56-62.
11. Santos AF, Santos MA. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica:Revisão Integrativa da Literatura. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2015; 35(2), 437-456.
12. Machado RS, Lima LAA, Silva GGRF, Monteiro CFS, Rocha SS. Finitude e morte nasociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de losCuidados Revista de Enfermería y Humanidades.* 2016; 45(2): 91-97.
13. Longuiniere ACF, Yarid SD, Silva ECS. Influencia da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico.*Rev.Cuid.* 2018; 9(1):1758-66.
14. Gobatto CA, Araújo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psic. USP.* 2013 Jan/Abril; 24(1): 11-34
15. Caregnato RCA. Pesquisa Qualitativa. *Rev SOBECC.* 2017 Jan/Mar; 22(1): 1-2.
16. Campos CJG. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev.BrasEnferm.* 2004 Set/Out; 57(5): 611-4.
17. Campos CJG, Turato ER. Análise de Conteúdo em Pesquisas que Utilizam Metodologia Clínico-Qualitativa: Aplicação e Perspectivas. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2009 Mar/Abr; 17(2): 1-6.
18. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos.*Rev. Bioethikos.* 2010 4(3):315-323.
19. Arriera ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *RevEscEnferm USP.* 2018; 52: e03312.

20. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. Esc. Anna Nery. 2016 Mar; 20 (1): 176-182.