



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**

ELIANE CRISTINA DA SILVA BUCK

**CUIDADO ESPIRITUAL À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS
PALIATIVOS E À SUA FAMÍLIA:
olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson**

JOÃO PESSOA-PB

2024

ELIANE CRISTINA DA SILVA BUCK

**CUIDADO ESPIRITUAL À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS
PALIATIVOS E À SUA FAMÍLIA:
olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Cuidados paliativos em pediatria: um olhar no âmbito da atenção básica, hospitalar e redes de apoio.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Jael Rubia Figueiredo de Sá França

JOÃO PESSOA-PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B922c Buck, Eliane Cristina da Silva.

Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família : olhar de enfermeiros assistenciais à luz da teoria de Jean Watson / Eliane Cristina da Silva Buck. - João Pessoa, 2024.

132 f. : il.

Orientação: Jael Rubia Figueiredo de Sá França.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Espiritualidade. 2. Criança. 3. Câncer. 4. Enfermagem de cuidados paliativos. 5. Teoria de enfermagem. I. França, Jael Rubia Figueiredo de Sá. II. Título.

UFPB/BC

CDU 2:616-006.6-053.2(043)

**CUIDADO ESPIRITUAL À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS
PALIATIVOS E À SUA FAMÍLIA:**

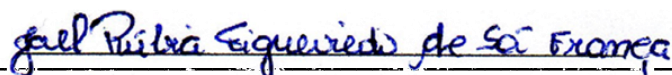
olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

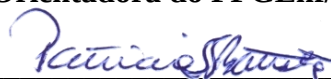
Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 26 de julho de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Jael Rubia Figueiredo de Sá França
Orientadora do PPGEnf/UFPB



Prof^a. Dra. Patrícia Serpa de Souza Batista
Membro Interno Titular



Prof^a. Dra. Maria Eliane Moreira Freire
Membro Interno Titular



Prof^a. Dra. Cíntia Bezerra Almeida Costa
Membro Externo Titular



Prof^a. Dra Suellen Duarte de Oliveira Matos
Membro Externo Titular

Prof^a. Dra Jacira dos Santos Oliveira
Membro Interno Suplente

Prof^a. Dra. Carla Lidiane Jácome dos Santos
Membro Externo Suplente

*Minha querida filha, meu amado esposo,
meus pais, a vocês, minha preciosa
família, com muito amor e gratidão, eu
dedico esta conquista.*

*A Dudu (in memoriam), que foi, para
mim, o que a rosa foi para o pequeno
príncipe.*



Agradecimentos

Ao divino Deus por me permitir ser um instrumento de Sua graça. A ti, Senhor, agradeço por acolher e acalmar meu coração angustiado, iluminar meu caminho e me permitir alcançar os Teus desígnios.

Aos meus pais, Ednalva e Ginaldo, mas em especial à minha mãe: gratidão por serem meu porto seguro, sonharem junto comigo e me levantarem sempre que o peso do mundo parecia imenso. Obrigada por nunca me deixarem desistir de minhas convicções e perseverarem comigo. Obrigada por sempre terem ficado com Cecília, para que eu pudesse me dedicar à tese, e por me deixarem ser um motivo de orgulho em suas vidas.

À minha filha Ana Cecília, obrigada por ressignificar minha vida, iluminar meus dias e dar propósito à minha persistência. Se até aqui cheguei, foi por você e para você. Mamãe te ama.

Ao meu marido, agradeço por ter doado anos de sua vida e adiado seus sonhos, para que eu pudesse conquistar o meu. Gratidão por todo amor, toda paciência e toda compreensão, por sempre estar presente para Cecília e para mim. Obrigada por ser meu ponto de equilíbrio, pelas risadas, por ser meu lar.

À minha irmã Camila, agradeço por sempre se dispor a me ajudar, seja ficando com Cecília nos primeiros anos do doutorado, seja me lembrando que eu sou mais do que a profissional e a pós-graduanda.

À minha amiga e comadre Carla, que vem dividindo os percalços desta vida comigo desde a graduação, partilhando as angústias e as alegrias que a vida nos traz. Nesta caminhada, obrigada pela companhia maravilhosa que tens sido.

À Thainá, colega de longa data de grupo de estudo, de orientação, viagens acadêmicas e produções científicas. Sem sua ajuda, eu não teria chegado até aqui. Gratidão.



Às minhas amigas Suellen e Smallyanna, obrigada pelas conversas ricas, pelos aprendizados profissionais e pessoais e por sempre me trazerem serenidade.

Aos meus amigos Matheus, Millena, Hélivio, Luana e Jaênia, que, mesmo com a distância que a vida nos impôs, continuaram sempre a acreditar em mim. Grata.

Aos meus queridos colegas de trabalho Débora, Ilana, Paulo, Amanda, Salmana e Adriana, gratidão por compartilharem esses quatros anos comigo com muita alegria, leveza e empatia.

Aos meus colegas da turma do doutorado, em especial Ana Claudia e Rafaela Felix, obrigada pela partilha nesses quatros anos. Vocês sempre serão especiais para mim.

Aos professores que fazem parte de minha história e foram inspiração em minha jornada acadêmica, minha eterna gratidão, carinho e reconhecimento: Lenilde Duarte de Sá e Mirian Nóbrega (in memoriam); Kenya Lima, Fátima Coutinho, Anna Rosa Occhiuzzo, Simone Coutinho, Solange Costa, Maria Eliane Moreira e Gerson Ribeiro.

Às professoras que aceitaram o desafio de compor minha banca, gratidão pelo tempo, zelo e carinho dedicados à leitura desta tese. Obrigada pelos ensinamentos e pelas contribuições para que este momento se concretizasse.

A todos que fazem parte da Casa da Criança com Câncer e do Hospital Napoleão Laureano, como também a todas as crianças que tive a felicidade de cuidar, minha eterna gratidão, por me ajudar a enxergar muito além do que meus olhos eram capazes de ver.

À minha orientadora, Jael, gratidão por ter acreditado em mim, por ter me aceitado como sua orientanda no mestrado, na especialização e no doutorado. Obrigada por ser esse ser humano de luz, que sempre me transmitiu paciência, compreensão, empatia, ética e ensinamentos científicos, mas também humanos. Gratidão por ser meu referencial enquanto enfermeira, educadora e pesquisadora.



BUCK, E. C. S. **Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família:** olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

RESUMO

Introdução: o cuidado espiritual é uma importante ferramenta de enfrentamento de situações difíceis, principalmente na assistência à criança com câncer em cuidados paliativos pediátricos, sendo ainda um alicerce fundamental da Teoria de Jean Watson. **Objetivo:** analisar a praxe do cuidado espiritual ofertado pelos enfermeiros assistenciais a crianças com câncer em cuidados paliativos e à sua família, à luz da Teoria de Jean Watson. **Método:** realizou-se uma revisão de escopo para mapear as evidências científicas acerca da praxe sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde, assim como uma pesquisa explicativa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer n. 4.932.844, 5.309.144 e CAAE 50437021.0.0000.5188. Esta foi realizada com 13 enfermeiros do serviço de oncologia pediátrica de um hospital filantrópico. Os dados, coletados a partir de entrevista semiestruturada, foram analisados por meio da técnica de análise temática indutiva com auxílio do software Iramuteq. **Resultados:** estruturados em três artigos. O primeiro, revisão de escopo, resultou na identificação de ações de cuidado espiritual de enfermagem à criança e a sua família, além da importância da família para a promoção de conforto e bem-estar espiritual; o segundo evidenciou que os enfermeiros possuem compreensão satisfatória sobre cuidado espiritual e que ela se alinha com os elementos da teoria de Watson; o terceiro verificou que os enfermeiros ofertam cuidados espirituais à criança com câncer e a sua família, estando esses relacionados com as 10 evocações do processo *caritas-veritas*. **Conclusão:** os participantes compreendem a importância do cuidado espiritual e timidamente os englobam em sua praxe. As intervenções de cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família corroboram com as descritas na literatura, bem como convergem com os elementos norteadores da Teoria de Jean Watson.

Palavras-chave: Espiritualidade; Criança; Câncer; Enfermagem de Cuidados Paliativos; Teoria de Enfermagem.



BUCK, E. C. S. **Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família:** olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson. 132f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Spiritual care is an important tool for coping with difficult situations, especially in assisting children with cancer in pediatric palliative care. It is also a fundamental pillar of Jean Watson's Theory of Human Caring. **Objective:** To analyze the practice of spiritual care provided by nurses to children with cancer in palliative care and their families, in light of Jean Watson's Theory. **Method:** A scoping review was conducted to map the scientific evidence regarding the practice of spiritual care in nursing assistance for children with cancer and their families in healthcare services. Additionally, an explanatory study approved by the Research Ethics Committee under opinions n. 4.932.844, 5.309.144, and CAAE 50437021.0.0000.5188 was performed. This study included 13 nurses from the pediatric oncology service of a philanthropic hospital. Data collected through semi-structured interviews were analyzed using inductive thematic analysis with the support of the Iramuteq software. **Results:** These were structured into three articles. The first, a scoping review, resulted in the identification of nursing spiritual care actions for children and their families, along with the importance of the family in promoting spiritual comfort and well-being. The second article revealed that nurses have a satisfactory understanding of spiritual care, which aligns with the elements of Watson's theory. The third article found that nurses provide spiritual care to children with cancer and their families, relating to the 10 evocations of the caritas-veritas process. **Conclusion:** Participants understand the importance of spiritual care and incorporate it modestly into their practice. The nursing interventions of spiritual care for children with cancer in palliative care and their families corroborate with those described in the literature and converge with the guiding elements of Jean Watson's Theory.

Keywords: Spirituality; Child; Cancer; Palliative Nursing Care; Nursing Theory.



BUCK, E. C. S. **Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família:** olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson. 132 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

RESUMEN

Introducción: El cuidado espiritual es una herramienta importante para afrontar situaciones difíciles, especialmente en la asistencia a niños con cáncer en cuidados paliativos pediátricos. Además, es un pilar fundamental de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. **Objetivo:** Analizar la praxis del cuidado espiritual ofrecido por los enfermeros a los niños con cáncer en cuidados paliativos y a sus familias, a la luz de la Teoría de Jean Watson. **Método:** Se realizó una revisión de alcance para mapear las evidencias científicas sobre la praxis del cuidado espiritual en la asistencia de enfermería a niños con cáncer y a sus familias en los servicios de salud. Además, se llevó a cabo una investigación explicativa aprobada por el Comité de Ética en Investigación, bajo los pareceres n. 4.932.844, 5.309.144 y CAAE 50437021.0.0000.5188. Esta investigación incluyó a 13 enfermeros del servicio de oncología pediátrica de un hospital filantrópico. Los datos, recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas, fueron analizados mediante la técnica de análisis temático inductivo con el apoyo del software Iramuteq. **Resultados:** Estos fueron estructurados en tres artículos. El primero, una revisión de alcance, resultó en la identificación de acciones de cuidado espiritual de enfermería para los niños y sus familias, además de la importancia de la familia para promover el confort y bienestar espiritual. El segundo artículo evidenció que los enfermeros tienen una comprensión satisfactoria sobre el cuidado espiritual y que esta se alinea con los elementos de la teoría de Watson. El tercer artículo verificó que los enfermeros ofrecen cuidados espirituales a los niños con cáncer y sus familias, relacionados con las 10 evocaciones del proceso caritas-veritas. **Conclusión:** Los participantes comprenden la importancia del cuidado espiritual y lo incluyen de manera tímida en su praxis. Las intervenciones de cuidado espiritual de enfermería para niños con cáncer en cuidados paliativos y sus familias coinciden con las descritas en la literatura y convergen con los elementos orientadores de la Teoría de Jean Watson.

Palabras clave: Espiritualidad; Niño; Cáncer; Enfermería de Cuidados Paliativos; Teoría de Enfermería.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Relação entre os conceitos Religião, Religiosidade e Espiritualidade. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.....	32
Figura 2 - Inter-relação dos metaparadigmas da Teoria do Cuidado Humano. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.....	39
Figura 3– Elementos de evocação do <i>Clinical Caritas-Veritas</i> . João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.....	42
Figura 4- Dendrograma do <i>corpus</i> textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.....	59
Figura 5 - AFC das classes do <i>corpus</i> textual. João Pessoa- PB, Brasil, 2022.	59
Figura 6 - AFC das classes e as formas do <i>corpus</i> textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.	60
Figura 7 – Sumarização do processo decisório para seleção da amostra. João Pessoa-PB, Brasil, 2023.....	71
Figura 8 – Rede de cooperação dos autores nas publicações da amostra. João Pessoa-PB, Brasil, 2023.....	74
Figura 9 - Dendrograma do <i>corpus</i> textual da pesquisa. João Pessoa- PB, Brasil, 2022.	86
Figura 10 – AFC das classes 1 e 2 do corpus textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.	87



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estatística textual do <i>corpus</i> da pesquisa. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.	58
Quadro 2 – Características dos estudos da amostra quanto ao ano de publicação, ao periódico e aos objetivos. João Pessoa-PB, Brasil, 2023. n=21.	72
Quadro 3 - Estratégias de cuidado espiritual realizadas por enfermeiros no cuidado à criança com câncer e sua família. João Pessoa-PB, Brasil, 2023. N = 21.	75
Quadro 4 - Integração dos elementos com <i>clinical caritas-veritas</i> com as intervenções de cuidado espiritual de enfermagem (adaptado).	101



SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	20
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA.....	21
1.2	OBJETIVOS.....	27
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	28
2.1	ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE.....	29
2.2	ESPIRITUALIDADE NA INFÂNCIA	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
4	PERCUSSO METODOLÓGICO	47
4.1	METODOLOGIA DA REVISÃO DE ESCOPO.....	48
4.2	METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1	ARTIGO 1 - Cuidado Espiritual de Enfermagem à Criança com Câncer e à sua Família: Revisão de Escopo.....	66
5.2	ARTIGO 2 - Cuidado Espiritual de Enfermeiros à Criança com Câncer em Cuidados Paliativos e à sua Família à Luz da Teoria de Jean Watson.....	81
5.3	ARTIGO 3 - Cuidado Espiritual à Criança com Câncer e à sua Família: Intervenções de Enfermagem Fundamentadas na Teoria de Jean Watson.....	96
6	REFLEXÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICES.....	122
	APÊNDICE A: Instrumento de Extração de Dados da Revisão de Escopo	123
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
	APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados da Pesquisa de Campo.....	126
	ANEXOS.....	128
	ANEXO A: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	129



Ponto de Partida

*Eis o meu segredo. É muito simples: só
se vê bem com o coração. O essencial é
invisível para os olhos.*

Antoine de Saint-Exupéry



A VIDA

Em trabalhos como este, vejo sempre os autores apresentando a si mesmos e a seus manuscritos científicos de maneira impessoal, mantendo o rigor científico, de modo a evitar que suas impressões e vivências levem a vieses em suas pesquisas. É isso que aprendemos durante toda nossa formação acadêmica enquanto pesquisadores. Bem, eu peço a vocês que me permitam utilizar da licença poética, para, nesta seção, apresentar os momentos que vivenciei até finalizar esta tese.

Não é que manter a impessoalidade nas produções científicas esteja errado, por favor, não me entendam mal, não é disso que estou falando. Mas, neste momento, gostaria de expressar que este trabalho é resultado de uma série de eventos de minha vida pessoal e profissional, os quais me fizeram enxergar o mundo de tal maneira que influenciou em minhas escolhas, seja pela temática abordada neste trabalho, seja pelas inferências e pelas interpretações dos resultados desta pesquisa. Assim, como falar disso se eu estiver apegada às amarras da sistemática científica?

Novamente, peço que não me interpretem erroneamente. Não estou dizendo que minha pesquisa foi desenvolvida sem rigor científico, pelo contrário, segui de forma pragmática e sistemática o método de pesquisa escolhido, contudo a interpretação é um ato subjetivo do ser humano e se baseia em seu conhecimento e em sua vivência. Por conseguinte, discorrer sobre minha vivência é algo necessário para entender este trabalho.

Minha infância é marcada por uma constante: dor intensa. Aos 3 anos, fui diagnosticada erroneamente com epilepsia e, até o diagnóstico correto acontecer quatro anos depois, eu e minha família convivemos com o medo de quadros agudos e complicações, inúmeros exames, consultas e hospitalizações. Quando finalmente o verdadeiro diagnóstico foi estabelecido, o medo diminuiu, as medicações foram mudadas, mas a dor continuava lá, assim como o pensamento: por que Deus faz uma criança sofrer tanto? Indagação essa que, anos mais tarde, eu veria ser compartilhada por outras crianças e suas famílias, que vivenciavam a cronicidade.

Na adolescência, além das crises fortes de enxaqueca, também iniciei com sintomas de fibromialgia, e rapidamente essa dupla patológica se juntou para reduzir minha qualidade de vida. Atividade física, ansiedade, noite de insônia, posição de estudar, tudo contribuía para uma crise conjunta. Então, vinham os inúmeros chás, analgésicos, anti-inflamatórios e ansiolíticos para tentar diminuir as dores e a sensação



de desespero. A pergunta da infância permanecia: qual o porquê de tanto sofrimento? Será uma punição, uma provação ou uma forma de mostrar um propósito à minha existência?

Viver com uma doença crônica na infância e adolescência instalou em mim a vontade de não deixar nenhuma criança passar pela dor que eu passava diariamente, de poder diminuir o sofrimento de outrem. Meu propósito estava nítido, era ser útil, servir ao outro e, diante disso, tomei a decisão de ser uma profissional da área de saúde. Esse foi o meu primeiro ponto de aproximação com a temática.

Anos depois, já na graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ao cursar a disciplina Saúde da Criança II, confirmei e aprofundei minha convicção pela área da pediatria. Dudu, uma criança que assisti durante o estágio na disciplina, foi essencial para essa decisão. Ele me mostrou que uma criança, mesmo com uma doença gravíssima, podia sentir-se feliz, ter fé, e inspirar tais sentimentos nas pessoas ao redor, ainda que diante do pesar. Esse momento verdadeiro de cuidado me inquietou.

Conquistei a oportunidade de ser monitora da disciplina Saúde da Criança II, em que permaneci por dois anos, contando-se o período da greve pela qual a UFPB passou. Foram momentos excepcionais de aprendizado, os quais me fizeram aprofundar minhas habilidades humanas no cuidado à criança — principalmente com doença crônica — e a sua família. Além do incentivo à docência, a monitoria também me permitiu entrar no Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária.

Nos períodos finais da graduação, mesmo não sendo mais monitora, sempre procurava estar presente na disciplina e na clínica pediátrica do hospital universitário, ao ponto que recebi o apelido carinhoso de “sombra” pelas enfermeiras da pediatria durante a coleta de dados do meu Trabalho de Conclusão de Curso da graduação. A dedicação à assistência, ao ensino e à pesquisa me permitiu, ao final do curso, conquistar três publicações.

Com o fim da graduação, comecei a trabalhar com o que eu gostava e tinha prática: ensinar. Durante um ano, ensinei em uma escola técnica de enfermagem na cidade onde morava, e o salário me ajudava a pagar pelo tão sonhado curso de especialização em enfermagem pediátrica e neonatologia. Nesse ínterim, também comecei a trabalhar na Estratégia Saúde da Família.



Todo o conhecimento adquirido e a vivência profissional só aumentaram a minha inquietude sobre o cuidado às crianças com doenças crônicas. Incomodavam-me as dificuldades enfrentadas por elas na busca por assistência e me incomodava o modelo biomédico que priorizava tratamentos curativos, não as crianças em si. Em uma cidade do interior e assistindo a população rural, a impossibilidade burocrática de fazer mais me consumia.

Em 2014, tentei o mestrado da UFPB pela primeira vez, mas não foi uma experiência exitosa, por isso me preparei para tentar no ano seguinte. Nesse intervalo de tempo, mudei de emprego e concluí a especialização. Tornei-me, então, uma enfermeira pediátrica e neonatal que trabalhava em uma urgência adulto e pediátrica, tinha experiência na docência e na Atenção Básica, vínculo com grupo de pesquisa e produção científica, entretanto me faltava a temática.

Ainda em 2014, realizei um curso sobre cuidados paliativos promovido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Ética, Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBCP), e me pareceu que essa era a abordagem de cuidado que fazia minha inquietude diminuir. Será que poderia ser ofertado para as “minhas crianças”? Fiz meu projeto e rezei. Em 2015, eu finalmente estava cursando o mestrado acadêmico da UFPB com o tema que eu queria me aprofundar e com a orientadora que me enchia os olhos, diante de tantas perspectivas.

Entrei no mestrado com a proposta de pesquisar na temática de cuidados paliativos em pediatria; para tanto, eu precisava de aprofundamento teórico, então, saí do grupo de Saúde da Criança e entrei no NEPBCP. A colaboração entre os pesquisadores era algo lindo de se ver. Em um contexto acadêmico, essa foi a melhor época da minha vida, tantos trabalhos, eventos, cursos e congressos. Era simplesmente um mundo extraordinário.

Dentre os eventos extraordinários dessa época, está a minha entrada no projeto de extensão Passarinho, hoje sob o nome de Intervenção Multidisciplinar à Criança e ao Adolescente com Câncer. Dentro do projeto, pude me aproximar da temática da oncologia, que, junto com os cuidados paliativos, foi ocupando grande parte do meu interesse de pesquisa. Contudo, ainda não me sentia preparada para trabalhar com as duas temáticas. Então, durante o mestrado, foquei meu interesse nos cuidados paliativos.

Nessa época, também me aprofundei na busca por uma Teoria de Enfermagem que subsidiasse o meu processo de pensamento e me trouxesse um olhar mais amplo, ou



melhor, integral, sobre os cuidados de enfermagem. Uma teoria que não fosse apenas um referencial para minha dissertação, mas que me servisse realmente de guia para a minha prática assistencial. Dentre todas as teorias, a que mais me permitiu um cuidado singular, amoroso e humanístico foi a Teoria do Cuidado Humano proposta por Watson. Apesar de ser abstrata, subjetiva e pouco sistemática, ela me fez compreender minhas inquietudes e promover ações que fossem além de cuidados físicos e materiais.

O conhecimento adquirido durante o mestrado formou minha visão de mundo, minha visão da Enfermagem, e me vi sendo a enfermeira que queria ser. Aquela que ia além do cuidado técnico correto, aquela que procurava acolher e se conectar com as crianças enfermas e suas famílias, mesmo na correria dos atendimentos de urgência.

Durante os dois anos de mestrado, publiquei artigos sobre as temáticas de crianças com doenças crônicas, oncologia infantil e cuidados paliativos. Viajei pela primeira vez para um congresso internacional, conheci meu (futuro) marido e finalmente comecei a trabalhar na clínica pediátrica do hospital. Em 2017, defendi minha dissertação intitulada "Cuidados Paliativos à Criança com Doença Crônica: um estudo com enfermeiras assistenciais à luz da Teoria do Cuidado Humano", finalizando essa etapa tão importante na minha vida.

Ao final do mestrado, ingressei como docente do ensino superior na Faculdade Nova Esperança. Iniciei como professora da graduação em Enfermagem na disciplina que tanto amava: Saúde da Criança e, posteriormente, na disciplina de Metodologia da Assistência de Enfermagem, afinal, também era prazeroso ensinar sobre as teorias de Enfermagem. Com a vida profissional estável, trabalhando na assistência e na docência, era hora de dar o próximo passo: casei-me; porém minha inquietude ainda estava ali, assim como minhas dores, companheiras inseparáveis.

Em 2018, ingressei no curso de Especialização em Cuidados Paliativos promovido pelo NEPBCP/UFPB em parceria com o Hospital Universitário Lauro Wanderley. Em meados do curso, descobri uma gravidez, muito esperada, por sinal. Concluí a especialização com a apresentação do trabalho intitulado "Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano", que também foi publicado em periódico científico.

Ao final de 2019, minha filha nasceu, e a minha percepção sobre alguns aspectos da vida foi influenciada pela maternidade. Momentos de qualidade com ela eram o que importava. Foi uma decisão difícil, mas, naquele momento, saí da assistência. Eu sei



que ali foi Deus quem iluminou meu caminho, pois pouco tempo depois veio a pandemia de COVID-19.

O ano de 2020 foi difícil para o mundo inteiro, entretanto Deus sempre esteve comigo e com minha família. Apesar de todas as angústias, foi nesse ano que passei na seleção do doutorado e, dessa vez, mesmo não me achando pronta, decidi debruçar-me sobre os cuidados paliativos à criança com câncer, enfocando a espiritualidade na prática de Enfermagem, mais uma vez sob a ótica da teoria do cuidado humano. Mas, como eu conseguiria falar de espiritualidade, se eu estava tão distante da minha?

Falar de espiritualidade apenas por falar, como algo informativo, parecia-me tão pouco verdadeiro. Como me aprofundar na teoria, sem cultivar minha espiritualidade? Como compreender algo tão subjetivo sem ter vivência? Como falar de cuidado espiritual sem parecer palavras vazias e ações descartáveis? Digo a vocês, esse foi o meu maior desafio.

Diante da angústia de cultivar minha espiritualidade, pasmem: para mim, era angustiante conciliar família, trabalho e vida social; eu me senti sufocada. Posso dizer que não tive inteligência emocional para lidar com a pressão, contudo tive, nesses anos, a exacerbação de minha dupla crônica, traumas pessoais que intensificaram minha ansiedade. Vi o controle que eu achava que tinha sobre a minha vida escapar de minhas mãos, coloquei em xeque todas as minhas convicções pessoais, acadêmicas e profissionais. Cheguei ao ponto de não me reconhecer mais. Não consegui progredir com a tese, sentia-me estagnada. Desejei desistir e chorei.

Creio que era assim que Nietzsche pensou o caos, não o social e o filosófico, mas o caos pessoal, aquele que quebra os nossos paradigmas e nos faz refletir e reorganizar. Foi nesse momento que consegui encontrar e nutrir minha espiritualidade, minha fé. Confesso que ainda estou no processo de autoconhecimento e reorganização, porém agora já consigo ver o horizonte. Apesar de sofrido, tenho muito orgulho do meu processo e desta tese.

Aqui cheguei, ao fim desses intermináveis quatro anos de doutorado, os quais não foram tão tranquilos nem tão produtivos quanto os do mestrado; as produções ainda estão por vir, seus frutos ainda serão colhidos. Mesmo assim, eu finalmente consigo sentir os ventos da liberdade chegando.

A TESE



Para a apresentação formal desta tese, foram seguidas as normas para estrutura de dissertações e teses recomendadas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), sendo esta composta por seis seções, a saber: (1) considerações iniciais, (2) revisão de literatura, (3) referencial teórico, (4) percurso metodológico, (5) resultados e discussão e (6) reflexões finais.

A primeira seção traz uma contextualização da temática, em que a autora discorre sobre os Cuidados Paliativos (CP) e os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) e como a adoção dessa abordagem de cuidado se faz importante no contexto da oncopediatria. O impacto que o câncer infantil causa na criança e em sua família e o modo como a espiritualidade pode ajudar no enfrentamento e na redução do impacto negativo da doença, tanto para criança quanto para sua família, também são destacados. Assim, é justificada a necessidade de se realizar o cuidado espiritual pela enfermagem a essas crianças e a suas famílias, pautado em um referencial teórico.

A segunda seção refere-se à revisão de literatura e abarca dois tópicos: espiritualidade e religiosidade e espiritualidade na infância. A terceira seção compreende o referencial teórico, em que são descritos os pontos fundamentais para se compreender a Teórica do Cuidado Humano e, com isso, vislumbrar como ela colabora com a temática da tese.

A quarta seção descreve o percurso metodológico, de forma detalhada, tanto da pesquisa de revisão de literatura quanto da pesquisa de campo. A quinta seção apresenta os resultados e a discussão em formato de três artigos científicos inéditos:

- **Artigo 1 - Revisão de escopo:** intitulada como “Cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer e à sua família: revisão de escopo” teve como objetivo mapear as evidências científicas acerca da praxe sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde.
- **Artigo 2 – Estudo campo de abordagem qualitativa:** intitulado como “Importância do Cuidado Espiritual de Enfermeiros à Criança com Câncer em Cuidados Paliativos e à sua Família: Estudo à Luz da Teoria de Jean Watson” possuiu como objetivo investigar a compreensão de enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual na assistência a crianças com câncer em cuidados paliativos e à sua família, à luz da teoria de Jean Watson.

Artigo 3 – Estudo campo de abordagem qualitativa: intitulado como “Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família:



intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria de Jean Watson”, objetivou propor intervenções de cuidado espiritual ofertadas por enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo *Clinical Caritas-Veritas*.

A sexta seção abarca as reflexões finais sobre os resultados encontrados, a contribuição desta tese para a arte e a ciência da enfermagem, assim como descreve também as limitações das pesquisas.

A todos a quem esta tese interessar, espero que apreciem a leitura, de modo que ela possa ser tornar um momento de transformação de seu olhar sobre o cuidado pediátrico.



1 Considerações Iniciais

*Quando não somos mais capazes de
mudar uma situação, somos desafiados a
mudar a nós mesmos.*

Viktor Emil Frankl



1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA

Cuidar pode ser compreendido como um processo complexo, integrado, subjetivo e relacional que permeia todo o curso da existência humana em todas as suas dimensões existenciais¹. É, por si só, uma atitude de zelo, preocupação e responsabilização para com o outro². Seu significado se entrelaça, ainda, com o do termo latino *pallium* ou *palliare*, na medida em que este também denota proteção, amparo, abrigo. Paliar o sofrimento de outrem que vive um processo de adoecimento é a principal finalidade do ato de cuidar e a essência dos Cuidados Paliativos.

Em sua filosofia, os CP trazem como foco a valorização da vida, o respeito ao ser humano e a busca pela melhoria do bem-estar biopsicossocial e espiritual, por meio de ações que visam ao alívio da dor e do sofrimento e a promoção do conforto para o doente e sua família. Por isso, esses cuidados são defendidos mundialmente como um direito humano básico e uma prioridade nas políticas públicas de saúde. Contudo, apesar de sua importância, apenas 14% de 40 milhões de pessoas elegíveis em todo mundo têm acesso aos CP³.

No âmbito pediátrico, os CP trazem a criança e sua família para o cerne do processo de cuidar, por meio da edificação de uma relação de confiança e de verdade entre elas e os profissionais que as assistem. Destarte, os Cuidados Paliativos Pediátricos assumem o caráter de uma abordagem multidisciplinar de cuidados ativos ao corpo, à mente e ao espírito, os quais devem ser promovidos gradualmente a partir do diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida. A *World Health Organization* (WHO) ressalta que esses cuidados devem ser ofertados em todos os níveis de atenção à saúde, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida da criança e de sua família, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais⁴⁻⁶.

Conforme delineado pela Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) vigente no Brasil, toda criança diagnosticada com uma doença que ameace ou limite a vida deve ser considerada elegível para os CPP. Nessa perspectiva, as crianças que se podem beneficiar dos CPP foram divididas em quatro grupos, conforme suas doenças, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP):

1. Crianças com condições que comprometam a vida, em que o tratamento curativo é possível, mas com risco de insucesso, a exemplo do câncer e da sepse;



2. Crianças com condições sem perspectivas reais de cura, mas com potencial para prolongamento da vida, como a fibrose cística, a doença falciforme e as doenças cardíacas graves;
3. Crianças com doenças progressivas sem possibilidade de cura, como os distúrbios metabólicos ou as alterações cromossômicas;
4. Crianças com doenças não progressivas, incapacitantes e irreversíveis, a exemplo da paralisia cerebral⁷⁻⁹.

Apesar de crianças com diferentes doenças crônicas poderem se beneficiar dos CPP, são as com patologias oncológicas que, ainda, possuem um melhor acesso a essa abordagem de cuidado.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foram registrados, em 2022, 20 milhões de novos casos de câncer no mundo e 9,7 milhões de óbitos decorrentes da doença, tornando-a, assim, a segunda causa de mortalidade no mundo¹⁰. Na população infantil, a OPAS estima que, aproximadamente, 29 mil crianças são diagnosticadas com a doença por ano, contudo, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, esse quantitativo é ainda maior, chegando a 400.000 casos diagnosticados entre crianças e adolescentes em todo o mundo. Diante disso, considerando-se que o câncer infantil é a condição mais comum entre crianças e a cada 3 minutos uma criança vai a óbito em decorrência da doença, torna-se imprescindível tratar o câncer como um importante problema de saúde pública¹¹⁻¹².

No Brasil, a incidência do câncer infanto-juvenil para cada ano do triênio 2023-2025 é estimada em 7.930 casos, dos quais serão mais frequentes em crianças do sexo masculino. Ressalta-se que, desse quantitativo, 8% irão evoluir para óbito e apenas 20 a 30% terão acesso aos CPP. Em 2020, foram registrados no país 2.289 óbitos de crianças e adolescentes por câncer, sendo as leucemias, os tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e os linfomas as principais causas. Esses dados colocam os tumores pediátricos como a primeira maior causa de mortalidade na população infantil^{9, 13-14}.

Diante desse contexto, o câncer se esculpe como uma doença assustadora, principalmente quando acomete uma criança. O sofrimento e angústia que permeiam o processo de adoecer de uma criança é intensificado quando ela se depara frente ao diagnóstico de câncer, o qual traz consigo limitações tanto para a criança quanto para sua família, altera o cotidiano e o convívio familiar, provoca sentimentos de fragilidade, medo, incertezas e sensação constante de proximidade com a morte¹⁵.



As chances de cura aumentam quanto mais precoce for a descoberta da doença e o início do tratamento, chegando a 80% em crianças tratadas em centros especializados, contudo essa não é a realidade de todos os países, incluindo o Brasil. As dificuldades em torno da definição do diagnóstico, de acesso a serviços de saúde, incluindo centros especializados em oncologia pediátrica, bem como os efeitos adversos do tratamento antineoplásico levam a criança e sua família a um esgotamento físico e mental decorrente da exposição prolongada ao estresse severo, que impacta seu bem-estar e sua qualidade de vida ¹⁶⁻¹⁷.

A confirmação da impossibilidade de cura é um dos momentos mais perturbadores, tanto para a criança quanto para sua família. A mãe, que geralmente é a cuidadora principal, já fragilizada e sensibilizada pela vivência do processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento do filho, vê-se em um ciclo contínuo de desgaste o qual compromete o seu mundo subjetivo, seu sentido de existir e pode levá-la a um rompimento com a realidade, à negação da doença e à antecipação do luto.

Nesse contexto, faz-se importante que os cuidados direcionados a crianças com câncer e suas famílias possuam um enfoque humanístico que transcenda as necessidades físicas e biológicas. É essencial que o cuidar seja direcionado a atender as necessidades emocionais, afetivas, sociais e espirituais, de modo a favorecer os processos de enfrentamento (*coping*) e cura (*healing*) da doença. Algo que, na prática cotidiana dos profissionais de saúde, ainda é desafiador, uma vez que exige que o ser cuidado (binômio criança-família) seja reconhecido como o cerne das ações de saúde em um meio no qual a visão biomédica, tecnicista e hospitalocêntrica ainda impera ¹⁸⁻¹⁹.

Dentre os efeitos gerados pelo diagnóstico de câncer infanto-juvenil, destaca-se o sofrimento espiritual que acomete não só a criança como também toda sua família, causando uma repercussão maior na mãe, que geralmente se pergunta “Por quê?”, na busca de encontrar significado e propósito na doença. Tal sofrimento leva a mãe a uma crise espiritual e existencial, que pode se manifestar de diversas formas, enquanto ansiedade, desânimo e tristeza ou até dores inexplicáveis e dificuldades em controlar pensamentos e emoções, podendo refletir no mundo subjetivo da criança ^{9, 20}.

Nessa situação, a família começa a procurar, na espiritualidade, tanto o apoio necessário para enfrentar a doença da criança quanto o conforto para entender, aceitar e superar os desafios desse momento tão extenuante e doloroso que ela vivencia e compartilha com a criança. Nesse momento de aprofundamento espiritual, ela também estimula a criança a procurar, na espiritualidade, na religiosidade e em suas crenças, um



significado maior para a doença. Assim, entende-se que, para as crianças e seus familiares, a espiritualidade desempenha um importante papel no enfrentamento de doenças ameaçadoras à vida, sendo por isso um dos pilares dos cuidados paliativos pediátricos^{8, 21}.

Embora a espiritualidade comumente seja confundida com a religiosidade, e apesar de estarem interligadas, seus conceitos são distintos. A religiosidade pode ser definida como a busca da espiritualidade por meio da religião, ou seja, o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica sua crença religiosa. Entretanto, o conceito de espiritualidade é muito mais amplo e remete “àquilo que dá sentido e propósito à vida de um indivíduo”, estando relacionada a uma “atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, que pode acontecer, por meio da oração, mentalização ou meditação”^{19, 21:52}.

A importância da espiritualidade na saúde foi por muito tempo negligenciada, mas voltou a ganhar espaço nos últimos anos, após diversos estudos experimentais e metanálises evidenciarem a relação positiva entre espiritualidade e saúde física e mental. O valor da espiritualidade também alcançou as teorias de Enfermagem, que passaram a reconhecer e, até mesmo, incorporar a dimensão espiritual em seus princípios¹⁹.

Um estudo que analisou o conceito espiritualidade indicou que várias teorias de enfermagem reconheciam a espiritualidade como um componente vital da prática de Enfermagem, a exemplo da teoria do cuidado burocrático e a teoria do cuidado espiritual. Contudo, falharam em elaborar componentes espirituais necessários ao enfermeiro, considerando-o apenas como um instrumento de cuidado espiritual voltado ao paciente²².

Jean Watson, no entanto, em sua Teoria do Cuidado Humano (TCH), defende que a espiritualidade do enfermeiro também deve ser trabalhada, uma vez que, ao nutrir a própria espiritualidade, o enfermeiro poderia melhorar sua compreensão das necessidades do outro, criar vínculos verdadeiros e, dessa forma, aumentar o nível de cuidado humano ofertado ao paciente. A espiritualidade é definida, na TCH, como um elevado grau de consciência de si e de seu estar-no-mundo, uma força vital maior do que a dimensão física, mental e emocional do ser^{18, 22}.

Nesse cenário, a realização do cuidado espiritual representa um grande desafio para os enfermeiros que estão inseridos dentro de uma equipe multiprofissional de CPP, visto que são esses profissionais que acompanham e partilham diariamente as angústias



e os sofrimentos de crianças com câncer e suas famílias, desde o momento em que recebem o diagnóstico de doença incurável até o luto.

A proximidade requerida para a realização dos CPP permite ao enfermeiro identificar as necessidades espirituais do ser cuidado e, assim, intervir de modo a resgatar sua autoestima, seu conforto, sua individualidade e sua autonomia. Todavia, apesar do cuidado espiritual ser comprovadamente benéfico e eficaz na minimização do sofrimento de crianças com câncer e na melhor adaptação delas e de sua família à nova condição de saúde, a atenção espiritual ainda é negligenciada na prática clínica cotidiana dos profissionais de saúde, inclusive na dos enfermeiros, sendo, por inúmeras vezes, atribuída como função de outros profissionais, a exemplo do psicólogo e do capelão^{16, 19, 23}.

Pesquisa de revisão integrativa analisou 16 estudos publicados entre 2010 e 2016 e evidenciou que os enfermeiros, dentro da concepção dos CPP, são responsáveis por, de maneira interdisciplinar, implementar estratégias que objetivam proporcionar dignidade, conforto, alívio dos sofrimentos biopsicossocial e espiritual não apenas para a criança doente, mas também para seu cuidador, que, por diversas vezes, é esquecido ou até negligenciado dentro do processo de cuidado²⁴.

Estudos atribuem as dificuldades e os desafios em relação à assistência espiritual à falta de preparo para lidar com sua própria espiritualidade e com a do paciente, à carência de conhecimento ou informações sobre espiritualidade — que geralmente é confundida com religiosidade — à falta de tempo e, até mesmo, ao fato de considerarem a espiritualidade um conceito subjetivo incapaz de ser efetivado na prática, principalmente por enfermeiros²³⁻²⁵. Apesar disso, é comprovada a importância do cuidado espiritual como recurso terapêutico capaz de trazer benefícios à qualidade de vida e ao bem-estar, em especial a pacientes em cuidados paliativos e a seus cuidadores²⁶.

Convém ressaltar que a assistência de enfermagem, no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos, contempla um conjunto de intervenções implementadas cotidianamente e tem como principal objetivo promover um cuidado humanizado, com ênfase nas necessidades biopsicossociais e espirituais de pacientes e familiares²⁷. Assim, compreende-se que a valorização da dimensão espiritual é um marco importante do processo de cuidar de enfermagem e, como tal, necessita de que o enfermeiro esteja



atento para identificar e estar motivado a atender a essas necessidades de forma adequada.

Diante do exposto, o enfermeiro deve pautar suas ações em conhecimentos técnico-científicos e em referenciais teóricos da área de Enfermagem para respaldar sua prática clínica, sobretudo no âmbito dos CPP. Levando em consideração, ainda, a necessidade de ampliação e aprofundamento da assistência de enfermagem à dimensão espiritual, este estudo se alicerça na concepção de cuidado transpessoal trazida pela Teoria do Cuidado Humano (TCH) como meio para se alcançar o Divino, ou seja, a espiritualidade que permeia e transcende todas as ações de cuidado²⁸. Assim, a adoção dessa teoria se faz pertinente neste estudo por considerar a espiritualidade com um de seus pilares fundamentais.

A TCH se alicerça no paradigma de cuidado transpessoal, entendido como o ideal moral da Enfermagem, no qual o cuidado transcende a barreira do corpo físico e promove a aproximação e o encontro entre o mundo subjetivo, emocional e espiritual do ser-cuidado e do ser-enfermeiro. A TCH descreve dez fatores de cuidado que orientam a prática do enfermeiro para alcançar o cuidado transpessoal, esses fatores estão em constante evolução e atualmente são definidos como processo *Clinical Caritas-Veritas*²⁹.

O processo *Clinical Caritas-Veritas* é estruturado a partir de palavras evocadas que representam o cerne de cada elemento, são elas: Abrace - relaciona-se à bondade altruísta; Inspire – fortalecimento da fé e da esperança; Confie – acreditar em si mesmo, no outro e nutrir a própria espiritualidade; Cultive – criar confiança e vínculo; Perdoe – compreender e evitar julgamentos aos outros; Aprofunde – ser criativo; Equilíbrio – respeitar o processo de ensino-aprendizagem; Co-criar – promover um ambiente de cura; Ministro – cuidar propriamente dito; Aberto – reconhecer a importância da espiritualidade, da fé, dos milagres e dos mistérios que permeiam o viver²⁹.

Para Santos *et al.*³⁰, o enfermeiro que vivencia o contexto da doença oncológica em pediatria conhece elementos humanos essenciais para tornar o cuidado mais próximo do paciente, tal como preconiza a Teoria de Watson, porém pouco se apropria de referenciais para o cuidado. Assim, torna-se mais difícil conciliar estratégias formais e embasadas cientificamente para ajudar no processo de palição do sofrimento de crianças e de seus familiares.

Dessa forma, considera-se esta pesquisa relevante, por entender que uma maior compreensão acerca da praxe do cuidado espiritual de enfermagem, ou seja, dos



cuidados à dimensão espiritual que são realizados rotineiramente por enfermeiros a crianças com câncer sob cuidados paliativos e a suas famílias, a partir da perspectiva da Teoria do Cuidado Humano, faz-se necessária no contexto da prática do cuidar em enfermagem. A TCH colabora para respaldar a prática dos cuidados paliativos pediátricos, na medida em que é possível articulá-la à assistência de enfermagem, de modo a se reportar a uma nova perspectiva de cuidar, com enfoque na espiritualidade.

Diante do exposto, este estudo tem como fio condutor o seguinte questionamento: de que forma o cuidado espiritual ofertado pelos enfermeiros influencia na assistência a crianças com câncer em cuidados paliativos e a sua família, à luz da Teoria de Jean Watson? Para responder ao questionamento proposto, a pesquisa buscou alcançar os seguintes objetivos:

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar a praxe do cuidado espiritual ofertado pelos enfermeiros assistenciais a crianças com câncer em cuidados paliativos e a sua família, à luz da Teoria de Jean Watson.

Objetivos específicos:

Mapear as evidências científicas acerca da praxe sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer e a sua família nos serviços de saúde;

Investigar a compreensão de enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual na assistência a crianças com câncer em cuidados paliativos e a sua família, à luz da teoria de Jean Watson;

Propor intervenções de cuidado espiritual ofertadas por enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo *Clinical Caritas-Veritas*.



2 Revisão de literatura

*Seu pior inimigo não pode prejudicá-lo
tanto quanto seus próprios pensamentos
desprotegidos.*

Buda



2.1 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

A busca por conhecimento sempre foi um ponto importante para evolução do ser humano. Conhecer a si mesmo e o mundo a sua volta impulsionou e ainda impulsiona pesquisas em diversas áreas da ciência, principalmente na Saúde. Desde os primórdios da humanidade, a concepção de saúde sofre com diversas influências místicas, religiosas, sociais, filosóficas, empíricas e tecnológicas que sustentam os padrões de cuidados de saúde em épocas e sociedades distintas.

A partir do século XIX, a saúde, influenciada pelo materialismo reducionista, passa a considerar apenas aspectos orgânicos como relevantes no processo saúde-doença, negligenciando, assim, o âmbito emocional, afetivo e espiritual do ser humano¹⁹. Tal visão foi preponderante para que os serviços voltados à saúde da população fossem disponibilizados de forma fragmentada, descontínua e com foco para a quantidade e não para a qualidade da assistência ofertada, que era realizada como cuidados em linha de produção³¹.

Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade passa por uma reestruturação não apenas econômica, mas também social e humanitária. É neste cenário que teóricos de diversas áreas das Ciências, e em especial da Enfermagem, começam a propor novas formas de pensar a saúde e de organizar o cuidado, rompendo paradigmas e se contrapondo ao modelo biomédico vigente³².

A saúde passou a ser pensada como um estado muito além da ausência de afecções e enfermidades, o que criou a abertura necessária para que os domínios subjetivos do ser humano também fossem abarcados nessa nova concepção de Saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 agregou a essa perspectiva o conceito de integralidade, o qual foi fundamental para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)³¹.

O SUS estruturou políticas, estratégias, ações e serviços de saúde fundamentados nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. Este último foi um grande propulsor de mudanças, uma vez que preconizava que a pessoa (ser cuidado e cuidador) passasse a ser vista, valorizada e atendida em todas as suas necessidades, sendo considerado um marco de qualidade da assistência em saúde³³.

Para se alcançar a integralidade do cuidar, o profissional de saúde deve contemplar os âmbitos físico, psicológico, social e espiritual do indivíduo, da família e



da comunidade. No contexto dos cuidados paliativos, essa ideia também é reforçada em seu próprio conceito. A Resolução n. 41 do Ministério da Saúde, que versa sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, define, em seu Art.2, que os CP

[...] consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Brasil, 2018, p.1)^{7:1}.

É neste contexto que a espiritualidade desponta como componente indispensável do cuidado, sendo, portanto, essencial que os profissionais de saúde compreendam, acolham e estimulem as manifestações de espiritualidade do ser cuidado, independentemente de idade, religião ou crença.

As práticas espirituais e religiosas melhoram a qualidade de vida e aliviam o sofrimento, especialmente em pessoas com doenças crônicas e terminais. Nesse sentido, a espiritualidade e a religiosidade podem e devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde como aliadas no enfrentamento de situações difíceis, uma vez que ajudam na aceitação e na adaptação às condições de saúde, promovendo resiliência e esperança³⁴. Assim, incorporá-las na prática clínica é essencial para uma assistência integral e humanizada; contudo abordar a dimensão espiritual nos cuidados diários aos pacientes é um desafio que a maioria dos profissionais não abarca para si.

Uma revisão integrativa³⁵ que buscou investigar a inclusão da espiritualidade e da religiosidade na prática médica identificou a existência de desafios que dificultam a adoção dessas como recursos terapêuticos. A carência de conhecimentos e habilidades necessárias para se abordar a espiritualidade no momento de cuidado, as condições de trabalho insalubres, a escassez de recursos humanos e a falta de tempo para se conhecer o paciente “além da doença” foram as principais barreiras mencionadas.

O estudo³⁵ ainda destacou que, apesar de reconhecerem a importância de se incluir a espiritualidade na assistência, o interesse em realmente abrangê-la em sua prática se demonstrou mínimo. Tal fato foi justificado como preocupação ética em abordar um assunto considerado íntimo e em impor as próprias crenças religiosas. É visível que tais desafios se propagam devido à percepção equivocada de sinonímia entre espiritualidade e religiosidade, bem como o medo ou a dificuldade em se autoconhecer,



em lidar com a própria subjetividade, levando o profissional a uma fragilidade espiritual que afeta a integralidade do seu cuidado ao paciente.

Para Brown, a espiritualidade é a pedra angular para as pessoas prosperarem em ambientes estressantes ou traumáticos, sendo, por isso, essencial de ser abordada pelos profissionais de saúde no decorrer de sua assistência. Na Enfermagem, é descrita como um componente fundamental, pois permite ao enfermeiro encontrar um propósito e torna-se realizado²².

A Enfermagem tem imbuída em sua evolução enquanto arte, ciência, profissão, saberes e práticas de cuidados a dimensão espiritual, considerada, antes, como atos de bondade amorosa e caridade. Atualmente, contudo, a espiritualidade e a religiosidade emergem como requisitos básicos para a prática da profissão. Para que elas se integrem ao cuidado de enfermagem de maneira cotidiana, faz-se necessário que os enfermeiros trabalhem o próprio self-espiritual, ou seja, nutram o autoconhecimento, a fim de se alcançar o Divino ou Numinoso, na definição de Saporetti^{8,36}.

Resultados de um estudo qualitativo³⁷ realizado com as equipes de enfermagem de um hospital geral evidenciaram a importância de se adotar a espiritualidade no cuidado de enfermagem a pacientes com doenças graves, não apenas por beneficiar o paciente, mas também por se constituir *constructor* indispensável para a promoção de conforto e bem-estar do profissional de enfermagem.

Ao reconhecer a própria espiritualidade, o enfermeiro torna-se capaz de enfrentar e ressignificar de maneira menos estressante situações difíceis, estabelecer sentido e propósito para seu trabalho, refletindo em comportamentos resilientes, empáticos e impregnados de compaixão, os quais repercutem de maneira positiva em seu processo de trabalho³⁷.

Entendo o cuidado voltado à dimensão espiritual uma competência essencial aos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros. Cabe aqui tentar defini-la e distingui-la da religiosidade. É fato que a religiosidade se difere da espiritualidade, entretanto suas proximidades e semelhanças fazem com elas sejam confundidas e, até mesmo, sobrepostas. Além disso, suas definições podem se aproximar ou se distanciar de acordo com a cultura ou a concepção individual de quem as busca⁸.

A religiosidade pode ser compreendida como uma forma de se buscar a espiritualidade a partir de um sistema de crenças, ritos, preceitos éticos, comportamentos e ações institucionalizadas e organizadas. A religiosidade é a relação

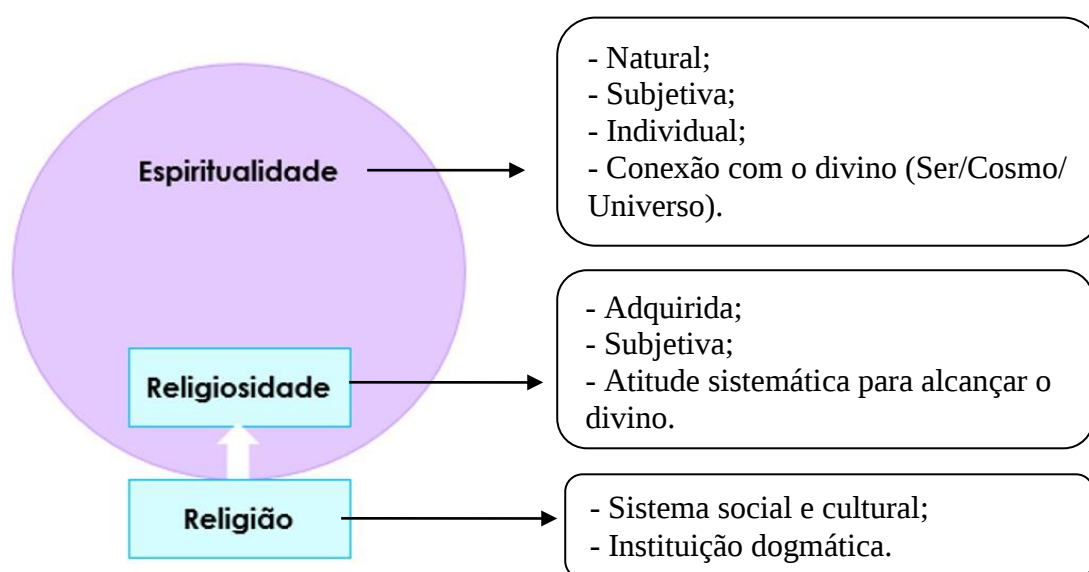


de comprometimento do indivíduo com sua religião, em que, de maneira individual e coletiva, ele alimenta sua fé em um ser divino^{19, 36}.

A espiritualidade, no entanto, é mais ampla do que a religiosidade, tem características mais individuais e subjetivas, com uma abertura maior às questões místicas e não doutrinárias. Isso permite que cada indivíduo busque, nutra e vivencie sua espiritualidade de forma única⁸. Para Liberato e Macieira³⁸, a espiritualidade é o modo de ser e sentir através da tomada de consciência de uma dimensão transcendente. É a forma como o ser humano vivencia os valores diante de si, do outro, da natureza e da vida. Puchalski e Romer³⁹ entendem a espiritualidade como aquilo que permite a pessoa vivenciar um sentido transcendente da vida.

De modo mais didático, podemos traçar um paralelo entre a religiosidade e a espiritualidade com o processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem, conforme apresentado na figura 1. O processo de enfermagem enquanto método necessita se apropriar de uma ferramenta para que seja executado de forma sistemática⁴⁰. Seguindo essa lógica, a espiritualidade pode ser entendida como o método para se alcançar o divino, enquanto a religiosidade pode ser visualizada como uma ferramenta que indivíduos podem-se valer, para que, de forma sistemática, consigam manifestar sua espiritualidade.

Figura 1– Relação entre os conceitos Religião, Religiosidade e Espiritualidade.
João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: elaborado pela autora.



Percebe-se que não há um consenso quanto ao conceito de espiritualidade, cada autor a define de maneira peculiar, de acordo com suas percepções de mundo, assim como um mesmo metaparadigma em diferentes teorias. Ademais, apesar do caráter polissêmico e multidisciplinar que é atribuído à espiritualidade, é indiscutível a sua importância dentro das práticas de cuidado à saúde e, em especial, nos cuidados paliativos.

No contexto dos cuidados paliativos, Saporetti⁸ considera a espiritualidade como o sexto sinal vital, sendo, assim, um marcador de qualidade da assistência ao paciente. De forma a ajudar os profissionais a avaliarem as necessidades espirituais de pacientes em CP, vários instrumentos têm sido elaborados e validados.

Uma revisão integrativa⁴¹ da literatura que objetivava investigar os instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em CP resultou na identificação de 28 instrumentos. Dentre esses, cinco eram voltados exclusivamente para pacientes com câncer. Faz-se oportuno destacar que nenhuma das escalas identificadas no estudo se propôs a avaliar, especificamente, a dimensão espiritual, de crianças, de modo que se pode verificar mais um desafio na prestação dos cuidados espirituais pela equipe de enfermagem.

2.2 A ESPIRITUALIDADE NA INFÂNCIA

Eriksson e Goldsmith afirmaram que todo ser humano é um ser espiritual, independentemente da fase de vida, de crenças ou religião²². A espiritualidade começa a ser desenvolvida na infância e necessita de estímulos, atenção e cuidados para que se desenvolva de forma adequada.

O desenvolvimento da espiritualidade na infância é um processo complexo e multifacetado. Jean Piaget, embora não tenha concentrado seu olhar especificamente sobre espiritualidade, contribui para entender como as crianças internalizam e interpretam conceitos espirituais ao longo das transformações cognitivas oriundas de seu desenvolvimento⁴².

Piaget propôs que o desenvolvimento cognitivo das crianças ocorre em quatro estágios: sensório-motor (zero a dois anos de idade), pré-operacional (dois a sete anos de idade), operacional concreto (sete a 11 anos de idade) e operacional formal (acima de 12 anos). Cada um desses estágios representa uma maneira diferente de conhecer e se relacionar com mundo⁴².



No estágio Sensório-Motor, a criança irá explorar o mundo por meio dos sentidos e dos movimentos. No estágio Pré-Operacional, a criança já se utiliza de símbolos e linguagem para se expressar; nessa fase, são predominantes os pensamentos egocêntricos e a ideia de seres inanimados como dotados de alma e intenção. No Estágio Operacional Concreto, a criança já pensa de maneira lógica, compreende conceitos abstratos de forma mais nítida, mas ainda pode precisar de exemplos concretos para compreender ideias espirituais complexas. No Estágio Operacional Formal, a capacidade de pensamento abstrato e hipotético se desenvolve plenamente, permitindo uma visão mais abstrata e filosófica sobre questões religiosas e espirituais^{42,43}.

A espiritualidade na criança é um processo dinâmico que se desenvolve em diferentes fases, influenciadas por fatores internos e externos. Segundo Silva e Oliveira⁴⁴, a espiritualidade infantil pode ser compreendida em etapas que refletem o crescimento cognitivo, emocional e social das crianças. Essas fases são caracterizadas pela maneira como as crianças percebem, interpretam e expressam suas experiências espirituais e religiosas.

Na primeira infância (de zero a cinco anos), a espiritualidade é predominantemente intuitiva e imersa no contexto familiar, por isso, caracterizada como intuitiva-projetiva. De acordo com Oliveira e Souza⁴⁵, as crianças, nessa fase, são altamente influenciadas pelos comportamentos e pelas crenças dos pais e dos cuidadores. Elas absorvem valores espirituais e religiosos através de práticas cotidianas, como orações, celebrações e narrativas sobre figuras espirituais. A imitação e a repetição são métodos-chave, através dos quais as crianças internalizam essas experiências.

Durante a segunda infância (de seis a 11 anos), a espiritualidade começa a se tornar mais concreta e baseada em histórias e símbolos, sendo assim definida como mítico-literal. Monteiro *et al*⁴⁶ apontam que as crianças desenvolvem uma maior capacidade de compreensão e começam a fazer perguntas sobre o significado das práticas espirituais e religiosas. Elas se envolvem mais ativamente em rituais e começam a formar suas próprias ideias sobre moralidade e propósito. Nessa fase, a participação em comunidades religiosas pode oferecer um sentido de pertencimento e segurança.

Na adolescência (12 a 18 anos), a espiritualidade se torna mais abstrata e questionadora, sendo referida como sintético-convencional. Segundo Fernandes e



Rocha⁴⁷, os adolescentes começam a explorar suas identidades espirituais de forma mais independente. Eles podem questionar as crenças tradicionais e buscar respostas mais pessoais para suas dúvidas existenciais. Esse período é marcado por uma busca de autenticidade e conexão profunda, não apenas com o divino, mas também com causas sociais e éticas. A espiritualidade, nessa fase, é frequentemente associada ao desenvolvimento de valores pessoais e à construção de uma visão de mundo mais integrada.

Além dessas fases específicas, Costa *et al.*⁴⁸ destacam que o desenvolvimento espiritual pode ser influenciado por eventos significativos, como perdas, doenças ou experiências transcendentais. Tais eventos podem acelerar ou intensificar a busca espiritual das crianças e dos adolescentes, levando-os a uma reflexão mais profunda sobre a vida e o propósito.

Nesse contexto, a família é a primeira e principal cuidadora da dimensão espiritual da criança, contudo, frente ao adoecimento da criança, a equipe assistencial, principalmente a de cuidados paliativos, deve partilhar esse cuidado com a família⁴⁴. As implicações dessas fases para a prática assistencial são significativas, isso porque o desenvolvimento da espiritualidade desempenha diversas funções nos sistemas orgânico, mental e social do ser humano.

Estudo de revisão reuniu evidências científicas sobre as funções terapêuticas da espiritualidade em crianças entre zero e 18 anos com doenças crônicas. As mais significativas referem-se à atribuição de sentidos à existência, ao estabelecimento de uma perspectiva, um sentido ou um propósito para o sofrimento, à promoção de uma percepção de conexão, pertencimento, amparo e conforto, ou seja, possibilitam um *Coping* Espiritual - Religioso (CRE)⁴⁹. Na infância, essa dimensão pode se manifestar através de atitudes de compaixão, empatia, curiosidade sobre o mundo e a natureza e capacidade de imaginar e sonhar⁴⁶.

Segundo Lima, Santos, Oliveira⁵⁰, atividades como contação de histórias, momentos de silêncio, meditação guiada e discussões sobre valores podem ser adaptadas para cada faixa etária, promovendo um ambiente que nutre o crescimento espiritual de forma saudável e inclusiva. Práticas espirituais, como a meditação, a oração e a participação em comunidades religiosas ou espirituais, podem ter efeitos positivos no desenvolvimento emocional e comportamental das crianças⁴⁴.

Tais práticas podem promover a calma, reduzir a ansiedade e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. A presença de rituais e tradições espirituais no



cotidiano infantil também pode proporcionar uma estrutura que favorece a estabilidade e a segurança emocional⁴⁶.

Segundo Santos e Almeida⁵¹, a abordagem do cuidado espiritual deve ser inclusiva e sensível às diferenças culturais e individuais, promovendo um ambiente onde as crianças possam explorar e expressar sua espiritualidade de forma livre e segura. Isso pode incluir atividades que estimulem a reflexão, a conexão com a natureza, o cultivo de valores éticos e a promoção de atitudes altruístas.

Além dos benefícios emocionais e sociais, a espiritualidade na infância pode também influenciar positivamente a saúde física. Pesquisas de Lima *et al.*⁵⁰ indicam que crianças que praticam atividades espirituais ou religiosas têm uma melhor resposta imunológica e são menos propensas a desenvolverem comportamentos de risco na adolescência. A espiritualidade pode, portanto, ser vista como um fator protetivo que contribui para o bem-estar geral das crianças e integra aspectos físicos, emocionais e sociais de sua saúde.

A prática de espiritualidade pode ser integrada nas rotinas diárias de maneira simples e eficaz. Segundo Costa *et al.*⁴⁸, os pais e os cuidadores podem incentivar as crianças a expressarem gratidão, envolverem-se em atos de bondade e participarem de momentos de silêncio e reflexão. Essas práticas podem cultivar um ambiente de paz e respeito, além de promover os laços familiares e um senso de pertencimento e segurança.



3 Referencial teórico

*Somos a luz na escuridão
institucional e neste modelo podemos
regressar à luz da nossa humanidade.*

JEAN WATSON



A Teoria do Cuidado Humano, também chamada de Teoria do Cuidado Transpessoal, foi proposta pela enfermeira norte-americana Margaret Jean Watson, em 1979. Watson possui Bacharelado em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Pós-Graduação em Psicologia Social e Clínica e Doutorado em Psicologia Educacional e Aconselhamento. Atualmente, está como professora e reitora emérita da *University of Colorado Denver*, sendo ainda integrante da Academia Americana de Enfermagem, Fundadora do *Center for Human Caring* e fundadora e diretora da fundação sem fins lucrativos *Watson Caring Science Institute*²⁹.

O interesse em desenvolver uma Enfermagem consciente de si e que abrace a ética e a filosofia permeia toda a formação acadêmica e profissional da teórica, tornando-a referência internacional na Ciência do Cuidado Unitário Caritas e em práticas de cuidado centradas em relacionamentos²⁹. A sua visão do ser humano como um ser unitário, holístico e interativo foi influenciada tanto pelo modelo de interação humana de Hildegard Peplau quanto pela Teoria do Cuidado Unitário de Martha Rogers⁵²⁻⁵³.

Não é difícil perceber a forte influência de Rogers nas produções científicas de Watson, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da TCH. Isso é perceptível na importância que a teórica dá à conexão entre o enfermeiro e o paciente, buscando estabelecer relações terapêuticas profundas e significativas. Sob essa ótica, o enfermeiro, além de executar intervenções de cuidado, atua como facilitador do processo de cura, promovendo um ambiente de apoio e compreensão⁵²⁻⁵³.

É a partir dessa visão que Watson propõe a TCH não apenas enquanto teoria, mas também como filosofia e ciência do cuidado, com o objetivo de trazer significado e foco para a Enfermagem como ciência e profissão de saúde distinta e emergente^{19,54}.

Como ciência do cuidado, a teoria se configura como um campo de estudo filosófico-ético-epistêmico em evolução, fundamentado na disciplina de Enfermagem. Essa ciência se constitui como eixo da prática de enfermagem, culminando na compreensão de que a assistência ofertada deve abranger a pessoa inteira, como uma unidade — mente-corpo-espírito — que se relaciona e interage com o meio ambiente em todos os níveis, tendo como premissa a tríade cuidar-curar-amar^{18, 28, 54}.

Na visão de Watson, a Ciência do Cuidado Humano é percebida como Ciência Sagrada que reconhece e valoriza as dimensões éticas e espirituais do Ser, nutre um respeito profundo acerca dos mistérios e dos milagres da vida e evoca o espírito como



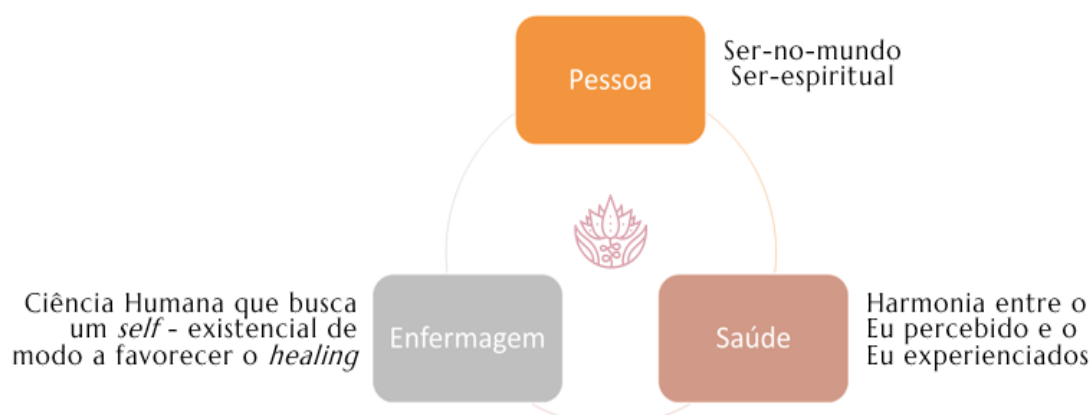
meio para se alcançar uma interação humanística e transcendental com o paciente, ajudando-o, assim, a encontrar o equilíbrio e a cura^{52,54}.

Enquanto teoria, a Watson define, de forma evidente, o Contexto e o Conteúdo da TCH. Sob um contexto sociopolítico e cultural, a teoria surge como resposta a uma visão mecanicista e fragmentada do cuidado em saúde, a qual prevalecia na década de 1970, bem como resultado da crescente ênfase nos direitos dos pacientes, nos movimentos de humanização na saúde e no desenvolvimento da psicologia humanista. Ainda foi amplamente influenciada pela filosofia humanística e pela psicologia fenomenológica, destacando a importância da experiência subjetiva do paciente e do cuidado como um processo interpessoal significativo^{52,54}

No Conteúdo, a teórica descreve três metaparadigmas: Pessoa, Saúde e Enfermagem. Pessoa é conceituada como o *locus* da existência humana, integrando-se à natureza e sendo um Ser-no-mundo com um Eu subjetivo que percebe e vivencia os mistérios. Essa concepção abrange as dimensões física, mental e espiritual, resultando assim em um Ser-espiritual^{18,29}.

Saúde é compreendida como um modo de equilíbrio ou bem-estar das dimensões do Ser, ou seja, é um estado de harmonia entre o Eu percebido e o Eu vivenciado, ao passo que Enfermagem é reconhecida como uma ciência humana que busca promover um *self*-existencial, facilitando o processo de *healing* (restauração)^{18,29}. A figura 2 ilustra a inter-relação dos conceitos fundamentais definidos por Watson.

Figura 2 - Inter-relação dos metaparadigmas da Teoria do Cuidado Humano. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: elaborado pela autora.

Além dos metaparadigmas, a Teoria traz outros conceitos fundamentais para sua compreensão: *self*, *healing*, momento de cuidado e o cuidado transpessoal. O *self* refere-



se à autoconsciência do EU, é a expressão do ego, é olhar para sua própria subjetividade em busca de autoconhecimento, é o cuidar de si mesmo⁵⁵.

O *healing* é entendido como um processo de cura ou restauração do Ser, o qual transcende a simples recuperação da doença; é um estado de bem-estar integral em que o indivíduo encontra harmonia e equilíbrio dentro de si e com o mundo ao seu redor. Contudo, isso só é possível por meio da integração entre as dimensões física, mental e espiritual. Ao negligenciar uma delas, o *healing* não será alcançado⁵⁶⁻⁵⁷.

A teoria descreve o momento de cuidado como aquele em que o enfermeiro se dedica para ação e relação com seu paciente. É um momento que se alicerça no comportamento ético, no respeito, na confiança e na compaixão, para que as ações de cuidado do enfermeiro sejam realizadas de forma consciente, intencional, considerando os valores e crenças dos pacientes⁵⁵.

O comportamento ético no momento de cuidado promove a aproximação entre enfermeiro e paciente, na qual ocorre a partilha de experiências, histórias, sentimentos e visão de mundo necessários para estabelecer o vínculo entre o ser-cuidador e o ser-cuidado. Ao se tornar sinceramente aberto ao outro, o enfermeiro cria uma relação intersubjetiva que transcende o cuidado de enfermagem técnico-curativo e eleva-se à dimensão espiritual, de modo a estabelecer, assim, o cuidado transpessoal⁵⁵.

O cuidado transpessoal, segundo Watson⁵⁸, é uma abordagem que transcende as interações superficiais e mecânicas, porque estabelece um vínculo autêntico e compassivo entre o cuidador e o paciente. Essa conexão permite que ambos os indivíduos se envolvam em um processo de cura, o qual é mutuamente benéfico e transformador.

Em relação ao Processo, ou seja, ao método pelo qual a Enfermagem deve atuar, a teoria enfatiza que o enfermeiro não deve ser apenas o único a determinar e impor o cuidado, mas se deve tornar um aliado terapêutico para o paciente. Assim, o profissional é encorajado a abordar o cuidado com sensibilidade, empatia e consciência e reconhecer a singularidade de cada indivíduo e sua interconexão com o mundo ao seu redor. É exigido que ele tenha consciência de si mesmo, para poder transcender seu olhar para outro e, então, construir um momento verdadeiro de cuidado^{18, 54, 58}.

Para guiar o enfermeiro na busca de alcançar a transcendência ou estado de transpessoalidade, Watson define fatores *carativos* (1985), que posteriormente passariam a ser conhecidos como Elementos do *Clinical Caritas Process* (2008), são eles:



- (1) Praticar a benevolência e a equanimidade para si e para o outro;
- (2) Ser presente, respeitar e estimular a fé e a subjetividade de si e do outro;
- (3) Promover o *self* transpessoal e desenvolver práticas espirituais próprias;
- (4) Realizar um cuidado autêntico pautado no vínculo entre o Eu-Outro;
- (5) Ser presente e buscar uma conexão profunda consigo mesmo e com o outro, através da manifestação de sentimentos positivos e negativos;
- (6) Utilizar-se da criatividade no processo de cuidar, buscando o conhecimento através da arte de cuidar-cura;
- (7) Promover experiências autênticas de ensino-aprendizagem, através do cuidar empático do outro;
- (8) Promover um ambiente de cura;
- (9) Assistir o ser cuidado em suas necessidades físicas, emocionais e espirituais, com consciência de carinho intencional de tocar;
- (10) Permitir e se importar com a dimensão espiritual-existencial e cuidar da própria alma e da do outro ^{29, 59}.

O *Clinical Caritas Process*, elencado por Watson, representa as necessidades de cuidado do ser humano as quais devem ser atendidas pelo enfermeiro. Entretanto, o nível de abstração necessário para compreender esses elementos e a carência de um processo de enfermagem que sistematize sua realização são considerados fatores que dificultam a adoção da teoria na prática de Enfermagem⁶⁰⁻⁶¹.

Apesar das dificuldades de implementação do *Clinical Caritas Process*, um estudo reflexivo que analisou a TCH a partir do método proposto por Chinn e Kramer revelou que ela apresentava relativa clareza semântica, escopo passível de generalização, além de ser considerada acessível, importante, valiosa e útil. Passível, portanto, de ser aplicada como um referencial para a prestação do cuidado de Enfermagem⁶¹.

Pesquisa de revisão sistemática que analisou uma década da produção brasileira sobre a TCH evidenciou que, apesar da adoção da teoria ser mais frequente em ambientes de internação hospitalar, ela também estava sendo aplicada em outros locais como: ambientes domiciliares, unidades de terapia intensivas, clínicas pediátricas e de reabilitação, prontos-socorros, universidades, serviços públicos de saúde e centros cirúrgicos e obstétricos⁶⁰. Logo, a TCH não se limita apenas ao contexto clínico-hospitalar, mas também influencia a prática de enfermagem em diversos ambientes e especialidades. Assim, a TCH mostra-se dinâmica e processual.

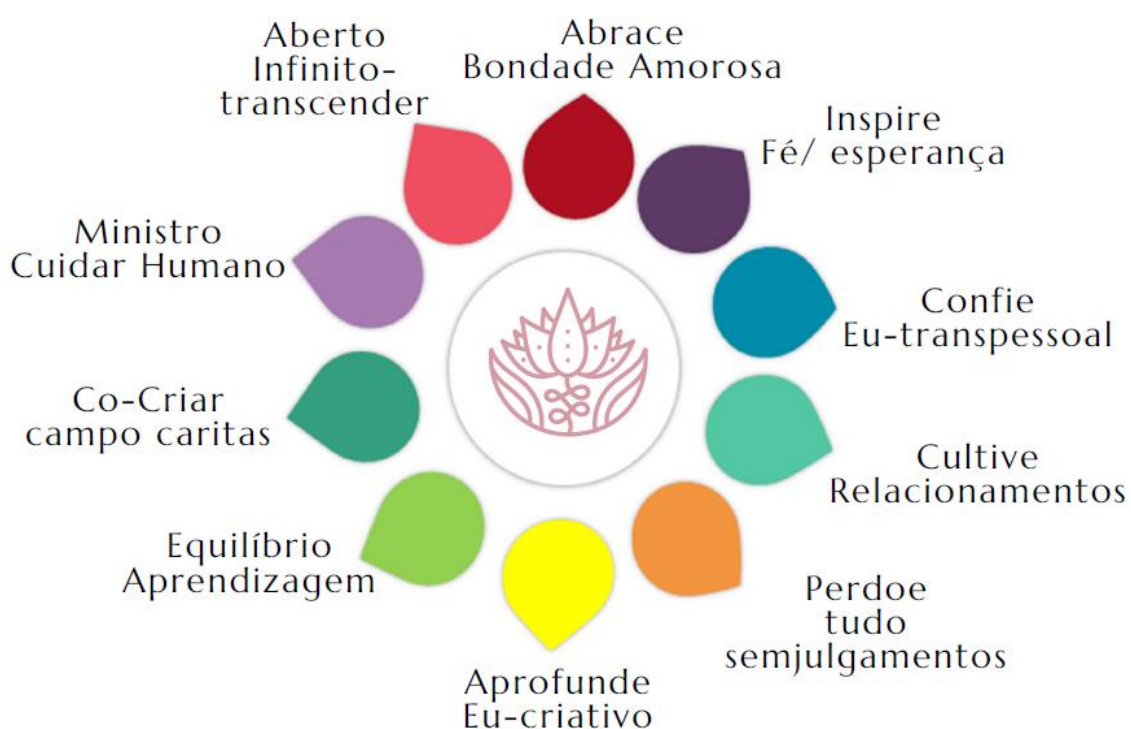


Em 2018, o *Clinical Caritas Process* é atualizado com vistas a evocar as ações necessárias para que o enfermeiro consiga aplicá-lo, sendo assim intitulado como *Clinical Caritas-Veritas* (CCV)⁵⁹.

Apesar da reestruturação da teoria, percebe-se que o termo *caritas* permaneceu uma constante. Esse termo, que significa ser presença, traz a essência da filosofia do cuidado transpessoal, por reconhecer o amor como o mais alto nível de consciência e a fonte do *healing*. O termo *Veritas* representa as virtudes e valores da Enfermagem. Assim, o *Clinical Caritas-Veritas* evoca uma conexão entre o cuidado e o amor numa única dimensão. É por meio dessa conexão que o caminho para se alcançar a cura interior é estabelecido e expandindo para outras dimensões do Ser^{23, 59}.

O *Clinical Caritas-Veritas* se fundamenta no amor, na empatia e na sensibilidade como características importantes para se chegar ao cuidado ideal e descreve dez elementos que o orientam quanto à praxe, ou seja, à prática de enfermagem, os quais podem ser evocados por uma palavra significativa que emana energia, conforme exposto na figura 3.

Figura 3– Elementos de evocação do *Clinical Caritas-Veritas*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.



Fonte: elaborado pela autora.



O *Clinical Caritas-Veritas Processes* é um conjunto de princípios que guiam a prática de enfermagem em direção a um cuidado mais compassivo, holístico e autêntico. Esses elementos são fundamentais para a criação de uma prática de enfermagem que não apenas aborda as necessidades físicas dos pacientes, mas também promove o bem-estar emocional, espiritual e mental. Os elementos do CCV são construídos sobre a base de um profundo respeito pela dignidade humana e uma compreensão holística do ser⁵⁹.

Watson traz o CCV como elementos canônicos e universais nos quais se deve viver e trabalhar e podem ser evocados a partir de termos representativos da essência *caritas*. São eles^{29,59}:

- 1) **Abrace** - Refere-se à prática da bondade altruísta, amorosa, compassiva e equânime, que é inerente ao cuidado, mas que ultrapassa os deveres profissionais engessados em procedimentos e técnicas. Esse elemento convida o enfermeiro a estabelecer uma base de confiança e respeito mútuo com o paciente, permitindo a manutenção de valores humanísticos;
- 2) **Inspire** – Relaciona-se a estar autenticamente presente e interessado pelo âmbito subjetivo, de modo a promover esperança e manter a fé. Esse elemento orienta o enfermeiro a estimular, fortalecer e sustentar a fé, as crenças, a espiritualidade e a religiosidade, uma vez que as entende como essenciais para a promoção da saúde e do bem-estar;
- 3) **Confie** – Esse elemento sustenta que confiar em si mesmo e no outro é imprescindível para alcançar um cuidado transpessoal. Entende-se que as energias que permeiam as relações de cuidado são intercambiáveis e, assim, podem influenciar positiva ou negativamente o outro, por isso se faz necessário que o enfermeiro trabalhe o seu ego, o seu *self*-transpessoal, para que o *Healing* possa beneficiar tanto o paciente quanto a si próprio. Para Watson, isso só é possível por meio do cultivo de práticas espirituais próprias as quais levem ao autoconhecimento e à confiança sem ressalvas no outro;
- 4) **Cultive** – Cultivar relacionamentos vai além de desenvolver vínculos pontuais: perpassa o estabelecimento de conexões autênticas, a nutrição do respeito e da confiança com amor e compaixão, de forma a construir momentos de cuidado restauradores para todos os envolvidos;
- 5) **Perdoe** – O processo de perdoar se pauta na compreensão das experiências subjetivas e no impacto emocional e existencial que elas impõem ao indivíduo. Ao orientar o perdão, Watson professa a necessidade do enfermeiro ouvir e aceitar o



outro sem julgamento, bem como estimular as expressões de sentimentos positivos e negativos de modo a ajudar o outro a lidar com essas emoções de forma adequada e a acreditar em si mesmo, criando espaços seguros envoltos por paz, esperança, gratidão e sabedoria;

- 6) **Aprofunde** - Estimula o enfermeiro a se utilizar do *self* para solucionar problemas, de forma criativa, no transcorrer de seu processo de cuidar. Essa criatividade é possível por meio da integração de experiências pessoais com conhecimentos e habilidade de diversas áreas da arte, da ética e das ciências;
- 7) **Equilíbrio** – Relaciona-se à realização do processo ensino-aprendizagem no cuidado de enfermagem, considerando o amor e o respeito ao outro. Assim, ensinar o outro sobre algo é entendido como um ato que vai além da simples transmissão de informação. É uma responsabilidade que demonstra um alto nível de conexão, respeito e amor para com o paciente. Só é possível ensinar algo quando se enxerga a real necessidade do outro, dessa forma, não só o processo de comunicação mas também a informação passam a ser entendidos e valorizados.
- 8) **Co-criar** – Aqui é perceptível a influência da teoria ambientalista de Florence Nightingale, uma vez que esse elemento busca promover um ambiente de cuidado que estimule a restauração do indivíduo. Para se criar um ambiente de *healing*, é necessário visualizar o indivíduo como Ser unitário e, por isso, promover intervenções físicas que contemplem as dimensões mental, espiritual, social e cultural do ser cuidado;
- 9) **Ministro** – Corresponde à contribuição humanística da enfermagem em promover o ato sagrado de cuidar. Realizar de forma intencional o cuidado de enfermagem, auxiliando o paciente a atender suas necessidades básicas de forma digna e entendendo o outro como uma tríade (mente-corpo-espírito) unitária, é uma forma de reverenciar o sagrado.
- 10) **Aberto** – Revela a importância de se manter aberto ao desconhecido, aos mistérios do mundo e às dimensões espirituais e emocionais que englobam o percurso de viver e morrer. Isso significa se manter aberto para a fé, a esperança e os milagres, além de cuidar da espiritualidade do paciente e de sua própria, a fim de encontrar sentido e pertencimento.

A aplicação do *Clinical Caritas-Veritas Processes* na prática de enfermagem tem mostrado impactos positivos significativos na qualidade do cuidado e no bem-estar dos pacientes. Estudos recentes destacam a importância dessa abordagem para a



promoção de um cuidado centrado no paciente e na família, especialmente em contextos de cuidados paliativos e oncologia, com vista à promoção de um cuidado espiritual^{25, 55, 56, 61, 62}.

O *Clinical Caritas-Veritas Processes* representa uma evolução significativa na teoria e na prática de Enfermagem, capaz de promover um cuidado verdadeiramente holístico e centrado no ser humano. A incorporação desses princípios na prática diária não apenas melhora os resultados para os pacientes, mas também enriquece a experiência profissional dos enfermeiros, alinhando-a aos valores fundamentais da profissão^{25, 55, 56, 61, 62}.

É possível perceber que a Teoria do Cuidado Humano tem uma forte base fenomenológica, em que a pessoa que recebe os cuidados de enfermagem é percebida como um Ser espiritual, divino, sagrado e ativo em seu processo de cuidar. Este Ser merece ser reverenciado com respeito, dignidade e amor, por isso é necessário assisti-lo em sua totalidade, através de um cuidado autêntico que transcenda o papel técnico do enfermeiro. Assim, exige-se que o profissional se reconheça enquanto um Ser-para, um Ser-com e Ser-lançado no mundo e em um momento vivido de cuidado^{18,28}.

Nessa perspectiva, Watson entende que o enfermeiro transpessoal deve ter a capacidade de centrar a consciência e a intencionalidade no cuidado, na cura e na totalidade, em vez de centrá-la na doença, na enfermidade e na patologia, contudo sem desconsiderá-las. Logo, o domínio técnico-científico, definido como fatores curativos, não deve ser sobrepujado pelos fatores carativos propostos na teoria. Ambos têm sua importância em cada momento de cuidado e devem ser complementares uns aos outros, de modo a promover a potencialização reconstituidora do percurso curativo¹⁸.

É imperativo compreender que as conexões transpessoais entre enfermeiro e paciente devem garantir um cuidado holístico e individualizado. Esse cuidado deve ser profundamente comprometido com os valores inerentes à dignidade da vida humana, visando sempre à excelência na qualidade da assistência prestada.

Para que o enfermeiro possa verdadeiramente auxiliar outras pessoas a superar os desafios inerentes à condição humana, é fundamental que ele passe por um processo de autorreflexão e interiorização. Este processo envolve confrontar e resolver seus próprios questionamentos existenciais, permitindo, assim, um engajamento mais autêntico e significativo com os pacientes. A força desse vínculo transpessoal transforma e fortalece os indivíduos envolvidos, além de transcender o contexto



imediatamente do cuidado e, com isso, estabelecer uma relação intersubjetiva duradoura^{29, 59, 60}.

Ademais, a Teoria do Cuidado Humano ressalta que a prática do cuidar humanístico eleva as dimensões do ser de forma integral, fomentando um vínculo interpessoal que é, em sua essência, terapêutico. Dentro dessa perspectiva, a teoria é crucial para capacitar os enfermeiros a oferecer uma assistência que, ao mesmo tempo, seja sensível e especializada. Esse enfoque é especialmente vital no âmbito dos Cuidados Paliativos destinados às crianças com câncer, em que a aplicação atenciosa e empática dos princípios do cuidado humano pode fazer uma diferença substancial na qualidade de vida dos pacientes^{29, 59, 60}.

Portanto, ao incorporar os princípios da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, os enfermeiros podem não apenas melhorar a qualidade da assistência, mas também promover uma transformação profunda e duradoura nas vidas daqueles de quem cuidam.

A Teoria do Cuidado Humano, por se aproximar da concepção de cuidados paliativos e trazer a dimensão espiritual para o âmago das ações de cuidado, pode ser um caminho para que os enfermeiros desenvolvam intervenções de cuidado espiritual de qualidade no atendimento às necessidades e aos ajustamentos da criança com câncer em cuidados paliativos e a suas famílias, proporcionando a humanização da assistência em seu sentido mais amplo^{30,63}.



4 Percurso metodológico



Para alcançar o objetivo geral proposto, optou-se por analisar a praxe do cuidado espiritual de enfermeiros assistenciais a crianças com câncer e a suas famílias nos serviços de saúde —tanto na literatura, por meio de um estudo de revisão, assim como *in loco*, ou seja, junto à população-alvo em uma investigação de campo.

Para a busca de informações científicas acerca da temática, decidiu-se realizar uma revisão de escopo, de modo a reunir as informações disseminadas na literatura. Para tanto, foram seguidas as recomendações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)*, no *Manual for Evidence Synthesis*⁶⁴.

Para a pesquisa de campo, elegeu-se uma pesquisa de abordagem qualitativa de maneira a permitir que a subjetividade inerente ao tema investigado fosse mais bem explorada, compreendida e explicada. Buscando melhorar a robustez do estudo, seja na execução, seja na apresentação dos resultados, optou-se por considerar o guia traduzido e validado dos Critérios Consolidados para Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ) como ferramenta de apoio para a coleta, a análise e a interpretação dos dados⁶⁵.

Assim, nesta seção, serão detalhados os processos metodológicos utilizados na revisão de escopo e na investigação de campo.

4.1 METODOLOGIA DA REVISÃO DE ESCOPO

4.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma *scopin review*, que seguiu as diretrizes do relatório PRISMA Extensão para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR) e as recomendações do *Manual for Evidence Synthesis* publicado pelo JBI⁶⁶⁻⁶⁷.

Como estrutura metodológica, foram adotadas as etapas propostas por Arksey e O'Malley⁶⁸ e suas atualizações propostas por Peters *et al.*⁶⁷: (I) definir e alinhar o objetivo à pergunta de pesquisa; (II) desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com o objetivo a questão; (III) descrever a abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; (IV) procurar pelas evidências; (V) selecionar as evidências; (VI) extrair as evidências; (VII) analisar os dados; (VIII) apresentar os resultados e (IX) resumir as evidências em relação ao propósito da revisão, tirando conclusões e observando quaisquer implicações das descobertas.



4.1.2 Definição da Pergunta de Pesquisa

Para a elaboração da questão de pesquisa, foi utilizado o mnemônico PCC – *Population, Concept e Context*, em que se considerou a *Population*, criança com câncer e sua família, o *Concept*, cuidado espiritual de enfermagem, e o *Context*, serviços de saúde. Dessa forma, resultou-se a seguinte questão norteadora: quais as evidências publicadas na literatura científica acerca da praxe do cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde?

4.1.3 Apresentação dos Critérios de Inclusão

A busca ocorreu na biblioteca eletrônica SciELO e nas bases de dados *Web of Science*, *Scopus*, *Cinahl Complete®*, *Lilacs*, *Embase*, *Cochrane* e *Medline with Full Text®* via interface da *US National Library of Medicine* (PubMed). O acesso a essas fontes de informação foi mediado pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo proxy da Universidade Federal da Paraíba, como forma de padronizar a coleta.

A busca por literatura cinzenta incluiu a busca de dissertações e teses no Catálogo de Teses e Dissertações (CTD) da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Para operacionalizar a busca dos estudos relevantes para esta revisão, foram selecionados descritores, dentre aqueles mais frequentemente utilizados na indexação de estudos sobre a temática na PubMed. Verificou-se que os descritores mais utilizados foram: *Child*, *Infant* ou *Newborn*, *Pediatrics*, *Spirituality* ou *Spiritual* e *Nursing care*. Contudo, o termo presente em todos os estudos consultados foi *Spiritual care*.

Assim, de modo a manter a coerência com a questão norteadora, selecionaram-se os seguintes descritores padronizados no sistema DESC/MeSH: *Spirituality* – Espiritualidade, *Oncology nursing* – Enfermagem Oncológica, *Neoplasms* – Neoplasias, *Child* – criança e *Nursing care* – cuidados de enfermagem. O termo *Spiritual care* – Cuidado espiritual –, apesar de não constar no trissauro DESC/MeSH, também foi incluído devido a sua importância para a temática. Destaca-se que o termo “serviços de saúde”, indicado como contexto, não foi utilizado como um descritor para



a busca de publicações, contudo foi utilizado como um critério de elegibilidade tanto na primeira quanto na segunda fase da seleção dos manuscritos.

A busca ocorreu nos meses de março e abril de 2023, tendo sido desenvolvidas estratégias de busca distintas para cada biblioteca e cada base eletrônica. Na SciELO, LILACS, BDTD, CTD e portal Capes, utilizou-se Cuidado espiritual AND Criança AND Câncer, Cuidado espiritual AND Criança AND Cuidado de enfermagem, “Cuidado espiritual” AND Criança AND “Enfermagem oncológica”, “Cuidado espiritual” AND Criança AND Câncer AND “Cuidado de enfermagem”, Espiritualidade AND Criança AND Câncer, Espiritualidade AND Criança AND Cuidado de enfermagem, Espiritualidade AND Criança AND Enfermagem oncológica e Espiritualidade AND Criança AND Câncer AND “Cuidado de enfermagem”.

Na *Web of Science*, *Scopus*, *CINAHL Complete®*, *Embase*, *Cochrane*, *MEDLINE (PubMed)* foram utilizadas as mesmas combinações de descritores, todavia na língua inglesa: *"Spiritual care" AND Child AND Neoplasms*, *"Spiritual care" AND Child AND Nursing Care*, *"Spiritual care" AND Child AND Oncology Nursing*, *Spiritual care AND Child AND Neoplasms AND Nursing Care*, *Spirituality AND Child AND Neoplasms*, *Spirituality AND Child AND Nursing Care*, *Spirituality AND Child AND Oncology Nursing* e *Spirituality AND Child AND Neoplasms AND Nursing Care*.

Ainda nas bases de dados, foram utilizados filtros para o refinamento das buscas. Eles contemplavam, como critérios de elegibilidade: estudos primários ou secundários, sem restrição de desenho metodológico, idioma ou recorte temporal, de modo a ampliar e reunir evidências de fontes díspares e heterogêneas. Como critérios de exclusão, foram consideradas as publicações indisponíveis na íntegra em meio *on-line*.

Os resultados das buscas em cada base foram exportados para um gerenciador de referências bibliográficas *on-line* (Endnote), de modo a consolidá-los em um único arquivo que, posteriormente, foi exportado para o *software Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar* (Rayyan).

4.1.4 Seleção de Estudos

O processo de avaliação e seleção de estudos ocorreu por meio do *software* Rayyan e foi realizado por dois pesquisadores independentes. Houve divergências de consenso, as quais foram resolvidas após a consulta de um terceiro revisor. As principais divergências da primeira fase de seleção envolveram estudos que trouxeram



os cuidados espirituais a crianças com doenças crônicas, mas que não explicitaram o diagnóstico de câncer. Já na segunda fase da seleção, observaram-se publicações que apenas citavam a importância da espiritualidade, sem destacar as ações de enfermagem para o cuidado espiritual. Essas publicações não foram consideradas para a amostra.

Para a seleção dos estudos, foi realizada, inicialmente, a detecção das duplicatas. Por conseguinte, os revisores procederam com a leitura dos títulos e resumos para poder incluir o estudo na amostra. Para tanto, utilizaram-se, como critérios de inclusão: estudos que traziam os descritores utilizados na busca no título, no resumo ou nos tópicos; como critérios de exclusão, foram considerados os estudos sem resumos ou que não traziam enfermeiros como prestadores de cuidados espirituais.

Os estudos selecionados foram lidos na íntegra por ambos os revisores e foram incluídos apenas aqueles que respondiam à questão norteadora. Foram excluídos estudos que, mesmo trazendo os enfermeiros como prestadores de cuidados espirituais, não descreviam quais os cuidados eram ofertados.

4.1.5 Extração dos Dados

O instrumento para extração dos dados foi um formulário desenvolvido pela autora com base nas recomendações da JBI que foi hospedado no *software Microsoft Office Excel*, versão 2013, a fim de se criar uma matriz de síntese⁶⁷. O formulário foi preenchido pelas duas revisoras independentes, os quais extraíram dados referentes a indicadores de produção (autoria principal, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo), a características metodológicas (delineamento, população e amostra) e às evidências estabelecidas (Cuidado espiritual de enfermagem realizados à criança com câncer e a sua família nos serviços de saúde e principais resultados e conclusões sobre esse cuidado).

4.1.6 Síntese e Análise dos Dados

Nessa etapa, foi apresentado o fluxograma de decisão de inclusão dos estudos, bem como os dados que foram sumarizados e apresentados de forma descritiva. Com a finalidade de mapear o material revisado de forma lógica, os resultados foram organizados em tabelas, gráficos e diagramas, de maneira que se alinhassem com o objetivo desta revisão.



4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

4.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, explicativa, transversal com abordagem qualitativa. Na pesquisa de campo, o investigador busca, por meio da observação de fatos e fenômenos, obter respostas sobre um determinado problema ou testar hipóteses e pode, nesse processo, desvendar novos fatos ou relações entre estes ⁶⁹.

Gil⁷⁰ considera, ainda, os estudos explicativos enquanto pesquisas profundas e complexas que possibilitam ao pesquisador explicar a razão dos fenômenos, o porquê e como eles acontecem, os fatores que contribuem ou dificultam sua ocorrência. Para Hernández-Sampiere⁷¹, esses estudos são mais estruturados, complexos e profundos do que as pesquisas descritivas, sendo geralmente guiados por perguntas.

Segundo Minayo⁷², a abordagem qualitativa permite explorar e desvelar questões da vida humana em seus aspectos mais profundos, particulares e subjetivos, com base nas relações pessoais, interpessoais e existenciais do ser, na vivência de pessoas e no compartilhamento de experiências, mediante a obtenção de um saber intersubjetivo, a partir da percepção, da descrição e da compreensão de um problema.

A escolha da abordagem, nesse contexto, justificou-se por ela permitir uma maior liberdade para se investigar fenômenos não quantificáveis, como crenças, valores, atitudes e ações, bem como o cuidado espiritual realizado por enfermeiros assistenciais a crianças com câncer em cuidados paliativos e a sua família, à luz da Teoria do Cuidado Humano.

4.2.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro Especializados em Oncologia Pediátrica situado no município de João Pessoa – Paraíba. O espaço caracteriza-se como uma instituição filantrópica que atende pacientes advindos do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como da rede privada. É um órgão de referência estadual no atendimento em oncologia e abrange também crianças e adolescentes com câncer e outras doenças do sangue. Tal fato justifica a sua escolha como campo de investigação científica.

É oportuno destacar que, apesar do referido hospital atender as diretrizes recomendadas pela OMS e pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, no que



tange ao cuidado prestado a pacientes com doença ameaçadora à vida, a instituição promove cuidados paliativos de nível básico⁷³.

No entanto, a instituição vem realizando esforços contínuos, como oferta de curso, treinamentos, capacitações, a fim de qualificar toda a equipe multiprofissional de saúde, sobretudo os enfermeiros, para promover cuidados paliativos de maneira estruturada e sistematizada, além de buscar propiciar a compreensão dos pacientes e dos familiares sobre essa abordagem de cuidado.

4.2.3 Participantes do Estudo

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que prestaram assistência a crianças com câncer sob cuidados paliativos, alocados nos setores de ambulatório pediátrico, enfermaria pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica da referida instituição, totalizando 15 profissionais. A escolha dos participantes que compuseram a amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência dentre aqueles que atenderem os critérios de seleção. Assim, a amostra final foi totalizada em 13 participantes.

Foram adotados como critérios de inclusão: enfermeiros em atividade assistencial durante a fase empírica da pesquisa e que possuísem, no mínimo, seis meses de atuação profissional na área de oncologia pediátrica. Este tempo foi estimado com o intuito de que o participante pudesse ter-se adaptado à área de atuação, para que pudesse discorrer com maior propriedade sobre a temática investigada.

Como critérios de exclusão, consideraram-se: profissionais que, por algum motivo, não estavam desempenhando função assistencial no momento da coleta de dados, seja por licença, atestado médico, férias ou mudança de função. Como a coleta de dados ocorreu no período de vigência da pandemia, excluíram-se da pesquisa profissionais que não estavam com o esquema vacinal contra a Covid-19 completo (3 doses), uma vez que foi solicitado aos profissionais que apresentassem o cartão vacinal no momento do agendamento das entrevistas.

Partindo do pressuposto de que a amostra ideal teria que refletir a totalidade de sua dimensão, o critério para a quantidade de participantes o qual constituiu a amostra deste estudo foi a de saturação teórica. Minayo⁷² considera o número de sujeitos suficiente quando houver certa reincidência de informações, contudo sem menosprezar



informações singulares, cujo potencial explicativo se mostra relevante ao objetivo da pesquisa.

Nesse contexto, dentre os 15 enfermeiros atuantes no ambulatório pediátrico, enfermaria pediátrica e UTI pediátrica, apenas dois não foram elegíveis para o estudo, uma vez que não foi obtido contato com eles. A repetição das informações referidas nos depoimentos também começou a se manifestar a partir da décima entrevista, e por isso a pesquisadora não insistiu em tentar contato com os dois profissionais ora referidos.

4.2.4 Instrumento e Técnica de Coleta de Dados

Para viabilizar a obtenção do material empírico, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada e o registro em diário de campo. Para Richardson⁷⁴, a entrevista semiestruturada permite a reunião sistemática de informação por meio de um guia não rígido de questões, flexível e de rápida adaptação, podendo, assim, ser ajustada tanto ao participante, facilitando sua compreensão das perguntas, quanto às circunstâncias. Desse modo, além de proporcionar maior liberdade, ela propicia ao participante discorrer sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador.

Nessa perspectiva, a pesquisadora elaborou um instrumento para nortear a coleta de dados (Apêndice C), o qual foi estruturado em duas seções: I. Caracterização dos participantes, a qual contempla dados pessoais, acadêmicos e profissionais das participantes, e II. Roteiro da entrevista, o qual abarca cinco perguntas que nortearam os depoimentos das participantes.

Para operacionalizar a obtenção do material empírico, foi realizado um contato prévio com os coordenadores de cada setor do cenário de pesquisa, e lhes foram apresentados os principais aspectos do estudo, depois solicitado, por conseguinte, o contato dos enfermeiros assistenciais de suas respectivas equipes. Os coordenadores informaram, de modo presencial e via grupo de *WhatsApp*, aos enfermeiros sobre as visitas da pesquisadora aos setores para coleta de dados e avisaram que entrariam em contato para agendar a entrevista.

Após o comunicado da coordenação, a pesquisadora entrou em contato com a equipe assistencial por meio de ligação telefônica e mensagem por *WhatsApp*, em que foram informados os objetivos da pesquisa, seus riscos e seus benefícios e, em seguida, realizou-se um convite formal e individualizado a cada enfermeiro. Aos profissionais



que aceitaram o convite, foi acordado o dia e o horário mais oportunos para que eles pudessem ser entrevistados.

Contudo, não houve resposta ao convite por parte de alguns enfermeiros. Nesses casos, com o objetivo de contatar e obter uma resposta sobre a participação no estudo, a pesquisadora visitou o local de pesquisa no dia provável em que o profissional se encontraria, levando em consideração a escala de trabalho e informações de outros participantes.

A coleta de dados, nesse contexto, ocorreu entre os meses de abril a julho de 2022, nos turnos manhã (08h às 12h), tarde (14h às 18h) e noite (19h às 22h). Destaca-se que, nesse período, o Brasil ainda vivenciava o cenário sanitário da pandemia de Covid-19, e, em decorrência disso, foram seguidos todos os protocolos de biossegurança vigentes na instituição, no Estado e na Federação no momento da coleta, uma vez que ela ocorreu de modo presencial.

Ressalta-se ainda que a pesquisadora principal se encontrava com o esquema vacinal completo (3 doses) contra a Covid-19 e que ela foi a única entrevistadora, de modo a reduzir a exposição dos participantes a outrem. As entrevistas ocorreram de forma presencial, individualmente e em espaço reservado cedido pela instituição. Esse espaço obedeceu aos seguintes critérios: permitir a circulação de ar e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual descartáveis, como máscaras do tipo cirúrgicas ou N95, gorro, capote e luvas de procedimento pelo participante e pesquisadora, bem como manter um distanciamento mínimo de 1,5 metro entre eles.

Com o objetivo de diminuir a utilização de materiais que pudessem funcionar como veículos de propagação de microrganismo, optou-se pela não utilização do instrumento de forma impressa. Em vez disso, foi hospedado no aplicativo *Google Forms*, o que possibilitou que a pesquisadora o acessasse por um dispositivo móvel conectado à internet, procedesse com o preenchimento da seção I e consultasse as questões presentes na seção II, assim como permitiu o *download* e a posterior exclusão desses dados do dispositivo. Destaca-se que o dispositivo foi manipulado apenas pela pesquisadora e que esta realizou a desinfecção do aparelho antes e após a realização de cada entrevista.

Desse modo, observa-se que a utilização de ferramentas em ambientes digitais vem tornando-se um fenômeno em expansão em pesquisas científicas nas áreas da saúde e Enfermagem, facilitando o processo investigativo, melhorando a credibilidade dos



resultados quando utilizadas nas fases analíticas e, ainda, corroborando com a produção e a disseminação do conhecimento⁷⁵⁻⁷⁶.

As entrevistas foram registradas mediante sistema de gravação digital de voz pelo mesmo dispositivo móvel que permitiu, também, realizar o *download* dos arquivos de áudio. Os arquivos contendo dados dos participantes, bem como as gravações das entrevistas foram armazenados em um dispositivo eletrônico local, e qualquer cópia alocada no aparelho utilizado para a gravação, em plataforma virtual, em ambiente compartilhado ou em nuvem foi apagada, de modo a resguardar a privacidade dos dados pessoais e o sigilo das informações e atender ao que preconiza a Resolução CNS nº 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos; a Resolução COFEN nº 564/2017, que trata do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e o Ofício Circular CONEP nº 2/2021, que orienta a realização de pesquisas com qualquer etapa realizada em ambiente virtual⁷⁷⁻⁷⁹.

Os registros das produções discursivas possibilitaram a transcrição livre e pontual dos dados da entrevista nas primeiras 24h após sua ocorrência. Posteriormente, as transcrições foram apresentadas aos seus respectivos depoentes, para que estes validassem o que havia sido transcrito de forma a valorizar sua autonomia.

De igual importância, destacou-se o diário de campo como um instrumento que foi utilizado pela pesquisadora para o registro da observação sistemática e da própria percepção da pesquisadora ante o fenômeno vivenciado. Segundo Zaccarelli e Arilda⁸⁰, essa técnica de pesquisa inclui, além das descrições do observado, as avaliações do observador, que são feitas com a finalidade de registrar as percepções relativas aos sentimentos e às vivências dos participantes envolvidos no estudo.

Por fim, faz-se importante mencionar que cada instrumento de coleta de dados no Google *Forms*, assim como cada arquivo de áudio e suas respectivas transcrições, foram identificados por pseudônimos, de forma a assegurar o anonimato dos enfermeiros. Para a decodificação dos pseudônimos, foi apresentada a cada participante uma lista de termos oriundos da Teoria do Cuidado Humano e solicitado aos depoentes que escolhessem um termo que o representasse enquanto pessoa e profissional prestador de cuidados à criança com câncer.

Houve termos que foram escolhidos mais de uma vez; nesses casos, a decodificação foi realizada acrescentando-se um numeral arábico, de maneira crescente, conforme a sequência da realização das entrevistas. Assim, os 13 participantes foram



identificados como: Relacionamento, Humanidade, Co-criar, Confiança, Bondade, Abraço1, Equilíbrio, Fé, Amor1, Abraço2, Perdão, Abraço3 e Amor2.

4.2.5 Análise dos Dados

Os dados empíricos referentes à caracterização dos participantes foram tratados por meio de análise descritiva com ênfase nas medidas de frequência absoluta (*f*) e percentual (%) das variáveis.

O processo analítico dos dados textuais oriundos das entrevistas foi realizado por meio da técnica de Análise Temática Indutiva (ATI) e à luz da Teoria de Jean Watson. A referida técnica busca identificar, analisar e relatar padrões dentro dos discursos e caracteriza-se pela sua flexibilidade e sua liberdade teórico-interpretativa dos fenômenos investigados, o que permite a construção de *corpus* (banco de dados textuais) rico e detalhado e de conjuntos de dados complexos e profundos⁸¹⁻⁸².

Braun e Clarke⁸¹ elencaram fases para a operacionalização da ATI, de forma a trazer mais rigor e solidez metodológica à técnica e aos resultados oriundos de sua aplicação. As seis fases da ATI são: I — Familiarização com os dados; II — Geração códigos iniciais; III — Busca de temas; IV — Revisão de temas; V — Definição e nomeação de temas e VI — Produção do relatório.

Fase I — Familiarização com os dados: os depoimentos gravados em mídia digital foram transcritos em documentos em formato Word. Nesse arquivo, foram realizados apontamentos de acordo com os registros do diário de campo referente às expressões de comunicação não verbal dos participantes e das impressões da pesquisadora no momento da entrevista. Nessa primeira fase, foram inferidas as ideias iniciais dos temas mais abordados nos depoimentos de cada participante. Os depoimentos transcritos foram consolidados em documento único e uniformizados, a fim de formar um *corpus* de dados.

Fase II — Geração códigos iniciais: nessa fase, os dados dos *corpus* foram codificados considerando características comuns e organizados de forma sistemática a partir da lexicometria. Na psicologia social, a lexicometria é entendida como uma estratégia que se utiliza de procedimentos quantitativos para a organização do material textual (dados qualitativos), no intuito de gerar conjuntos de textos (*subcorpus* ou classes) com características léxicas semelhantes⁸³.



Nesse contexto, existem várias ferramentas computacionais que se utilizam da lexicometria e auxiliam a análise de dados textuais, a saber: Alceste, Lexico, *Textometry* (TXM); *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ)⁸³. Neste estudo, optou-se por utilizar o IRaMuTeQ versão 0.7 alpha 2, uma vez que é um *software* confiável, amplamente utilizado em pesquisas sociais, de fácil usabilidade e gratuito.

O IRaMuTeQ[®] é uma ferramenta que possibilita maior eficácia e confiabilidade do processo de análise, pois aplica aos dados textuais cálculos estatísticos, além de criar representações gráficas do conteúdo léxico, permitindo, assim, uma melhor visualização das relações entre esses conteúdos⁸⁴.

Para dados organizados como *corpus* textual, o IRaMuTeQ[®] pode realizar os seguintes métodos de análise léxica: Estatísticas Textuais, Nuvem de Palavras, Análises de Similitude, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método Reinert, Análise de Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC)⁸⁵. Dentre essas, aplicou-se aos dados deste estudo o método de Estatística Textual, CHD e AFC. Os resultados da análise textual encontram-se expostos no quadro 1.

Quadro 1 - Estatística textual do *corpus* da pesquisa. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.

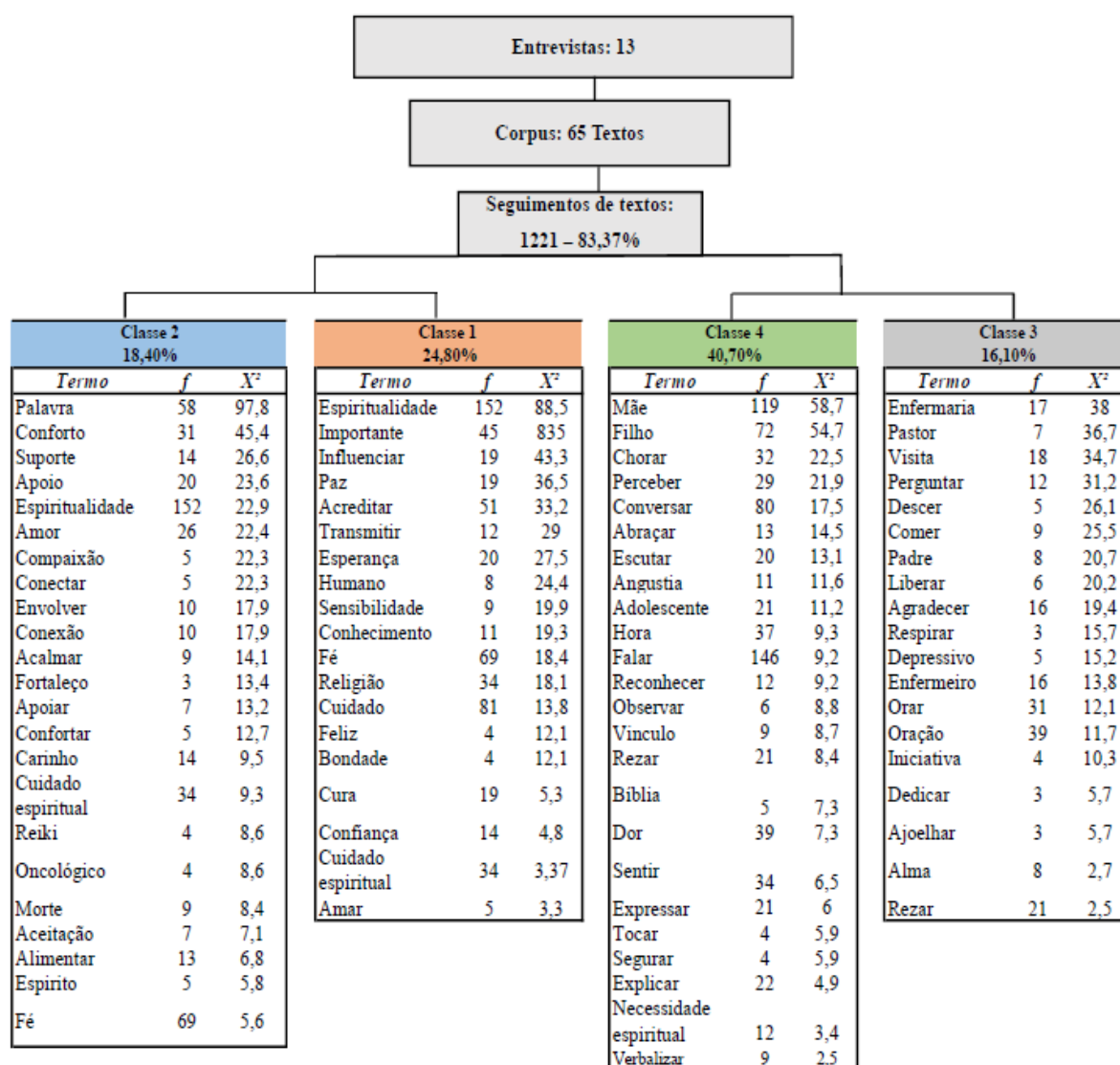
Número de textos: 65
Número de Segmentos de Texto (ST): 1221
Número de formas: 3433
Número de ocorrências: 42596
Número de lemas: 2031
Número de formas ativas: 1889
Número de formas suplementares: 130
Número de formas ativas com a frequência ≥ 3 : 819
Média das formas por segmento: 34.886159
Número de clusters: 4
1018 segmentos classificados de 1221 (83,37%)
Número de hápax: 1631

Fonte: dados da pesquisa.

Por meio da CHD, o *corpus* textual foi dividido em dois (2) *subcorpus* e em quatro (4) classes, que serviram de base para a formação das categorias, conforme exposto no dendrograma, organizado como filograma (Figura 4), que expõe os termos mais significativos de cada classe com suas respectivas frequências absolutas (f) e valores de qui-quadrado (X^2).



Figura 4- Dendrograma do *corpus* textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.

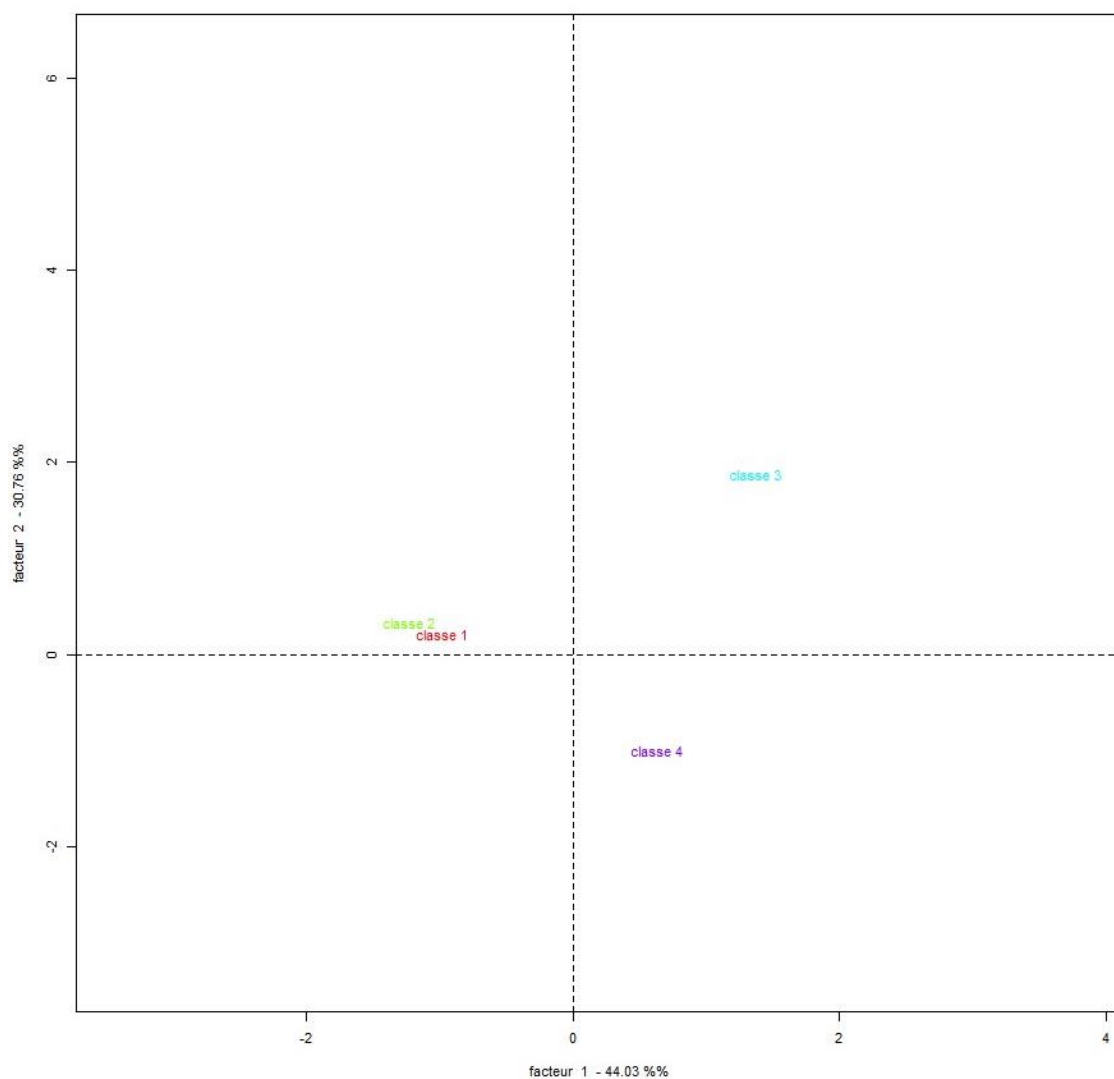


Fonte: dados da pesquisa.

A análise fatorial de correspondência considerou as classes geradas pela CHD para a produção de duas representações gráficas da posição relativa das variáveis analisadas. A primeira (figura 5) representa a relação entre as classes, e a segunda (figura 6), a relação entre as classes e as formas do *corpus* textual. Desse modo, os gráficos de AFC permitiram visualizar as relações de interdependência, oposição e vizinhança entre as variáveis e as formas que compuseram o *corpus* da pesquisa⁸⁶.

Figura 5 - AFC das classes do *corpus* textual. João Pessoa- PB, Brasil, 2022.





Fonte: dados da pesquisa.

Figura 6 - AFC das classes e as formas do *corpus* textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.



Fase III — Busca de temas: as formas identificadas pelo IRaMuTeQ[®] foram agrupadas de acordo com características similares, gerando as quatro classes apresentadas na CHD. Essas classes foram analisadas pela pesquisadora em busca de temas iniciais.

Apesar do IRaMuTeQ® sugerir temas com bases na frequência de utilização de termos nos discursos, a análise dos dados por meio da técnica de ATI exige a interpretação subjetiva do pesquisador, que só poderá definir o que é importante de ser tematizado, isto é, compreender a força que determinada informação tem, a partir das inferências realizadas por meio da observação dos participantes e da revisão dos depoimentos. As experiências vivenciadas pelo pesquisador, bem como as publicações



científicas sobre a temática também são fatores que influenciam que uma informação seja considerada importante para a exploração e a delimitação de um tema⁸¹.

Nesse contexto, a pesquisadora analisou os termos de cada classe em busca de temas iniciais, que foram definidos como: Classe 1 – Importância da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual de Enfermagem; Classe 2 – Benefícios do Cuidado Espiritual de Enfermagem para o binômio crianças com câncer —família e enfermeiros; Classe 3 – Desafios enfrentados na promoção do Cuidado Espiritual de Enfermagem; Classe 4 – Reconhecendo as necessidade espirituais do binômio crianças com câncer e sua família e promovendo o Cuidado Espiritual de Enfermagem.

Fase IV — Revisão de temas: nessa fase, os temas foram revisados em relação ao *corpus* e ao conjunto de dados, de modo a identificar repetições, realocar dados e verificar a necessidade de definição de subtemas.

Fase V — Definição e nomeação de temas: os temas iniciais foram avaliados para que se mantivesse a coerência com o objetivo da pesquisa. Convém salientar que a análise dos dados foi orientada pela Teoria do Cuidado Humano, no que condiz aos elementos estruturantes do *Clinical Caritas-veritas Process*, principalmente os relacionados à espiritualidade – (Inspire, confie, co-criar, ministro e aberto)⁸⁵. Logo, para a elaboração das chamadas das categorias, foram utilizadas as palavras de evocação dos elementos do *clinical caritas-veritas*.

Fase VI — Produção do relatório: os resultados inerentes ao processo analítico foram apresentados e discutidos em dois artigos científicos intitulados (1) Importância do Cuidado Espiritual de Enfermeiros à Criança com Câncer em Cuidados Paliativos e à sua Família: estudo à luz da Teoria de Jean Watson e (2) Cuidado espiritual à criança com câncer e à sua família: intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria de Jean Watson.

4.2.6 Considerações Éticas

A pesquisa foi norteadas pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Brasil e suas complementares, em vigor no país, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes alvos do estudo. Eles foram informados com antecedência sobre os objetivos, a justificativa, os procedimentos e as contribuições da pesquisa, bem como sobre a garantia de anonimato e sigilo de todos os dados confidenciais, a



possibilidade de desistir, em qualquer fase da pesquisa, o direito de escolher participar ou não do estudo ou de desistir deste em qualquer fase da investigação, sem que isso lhes acarretasse prejuízos de qualquer natureza⁷⁴.

Nesse sentido, foram considerados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dispostos na Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem⁷⁵. Diante disso e com posse da anuência da Comissão de Pesquisa do Hospital Napoleão Laureano, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde e obteve o parecer de aprovação sob n. 4.932.844 e CAAE 50437021.0.0000.5188.

Destaca-se que, inicialmente, a pesquisa propunha a coleta de dados em ambiente virtual, contudo, após o campo de coleta de dados informar que pesquisas presenciais seriam permitidas, as pesquisadoras alteraram o procedimento de coleta de dados de virtual para presencial. Para tanto, houve a necessidade de submeter uma emenda ao CEP, que foi aprovada sob parecer n. 5.309.144.

Desse modo, foi solicitado o consentimento dos participantes por meio da assinatura do TCLE, no qual estavam presentes as informações acima descritas; somente após isso foi iniciada a fase empírica da pesquisa.

Ressalta-se que, devido a se ter utilizado na pesquisa o ambiente virtual para registro das respostas da caracterização dos participantes, bem como dos registros das entrevistas, foram seguidas as orientações para procedimentos em pesquisas com seres humanos com qualquer etapa em ambiente virtual publicadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do Ofício Circular nº 2/2021, de modo a preservar a proteção, a segurança e os direitos dos participantes de pesquisa.

Considerando que toda pesquisa desenvolvida com seres humanos ocasiona riscos, mesmo que ínfimos, a previsão e a análise da possibilidade de danos mediatos ou imediatos aos participantes ou à coletividade se faz imprescindível ao pesquisador⁷³. Assim, os riscos do estudo foram considerados potenciais e previsíveis aos participantes, no que condiz a algum constrangimento ou desconforto psicológico, emocional e espiritual relacionado ao momento da coleta de dados, uma vez que foram abordadas questões que remetem à espiritualidade, ao sofrimento espiritual e aos cuidados espirituais.

Para minimizar os riscos apontados, a entrevista ocorreu apenas entre a pesquisadora e os participantes, em um momento oportuno, no qual os participantes sentiram-se confortáveis para falar. Também não houve nenhum tipo de julgamento,



opinião ou crítica ante os discursos dos participantes. Ressalta-se que, durante a execução da coleta de dados, não foi demonstrada pelos participantes, por meio de sinais verbais ou não verbais, nenhuma situação descrita como risco. Caso tivesse ocorrido, a pesquisadora interromperia a entrevista e daria todo o suporte ao participante para o reestabelecimento de seu equilíbrio. E, caso fosse necessário o encaminhamento do participante a um profissional ou serviço mais adequado, isso seria custeado pela pesquisadora responsável.

No que tange ao atual contexto sanitário de pandemia de COVID-19, entende-se que esta pesquisa poderia ainda acarretar riscos potenciais de exposição, contaminação e disseminação da COVID-19 tanto à pesquisadora quanto aos participantes, já que foi realizada de forma presencial em instituição hospitalar. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora atendeu e orientou todos os envolvidos para que também atendessem a todas as medidas de controle sanitário recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para o enfrentamento e controle da pandemia da COVID-19, minimizando, com isso, os riscos de contágio e transmissão da doença. Destaca-se que, durante o período de coleta de dados empíricos, nem a pesquisadora nem os participantes apresentaram sintomas respiratórios.



5 Resultados e discussão

*O bem que você faz hoje pode ser
esquecido amanhã. Faça-o assim mesmo.
Veja que, ao final das contas, é tudo
entre você e Deus! Nunca foi entre você
e os outros.*

Madre Tereza de Calcutá



5.1 ARTIGO I

Artigo de revisão

Cuidado Espiritual de Enfermagem à Criança com Câncer e à sua Família: Revisão de Escopo

RESUMO

Objetivo: mapear a produção científica acerca da praxe do cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde. Método: trata-se de uma revisão de escopo cuja busca foi realizada em SciELO, *Web of Science*, Scopus, Cinahl *Complete*[®], Lilacs, Embase, Cochrane e Medline *with Full Text*[®] via PubMed. A análise ocorreu por estatística descritiva e análise temática de conteúdo. **Resultados:** a amostra foi composta por 21 estudos, dos quais 12 (57,1%) eram investigações originais, oito (38,1%) revisões de literatura e um (4,8%) artigo de opinião. Sobre as evidências, essa foram categorizadas como estratégias de gestão de cuidados espirituais, estratégias de autocuidado espiritual dos enfermeiros, estratégias de cuidado espiritual direcionadas à família da criança com câncer e estratégias de cuidado espiritual direcionadas à criança com câncer. **Conclusão:** os cuidados espirituais são fundamentais para a criança e sua família no que compete ao enfrentamento da doença, ao conforto, ao apoio social e à promoção de bem-estar espiritual.

Palavras- chave: Espiritualidade; Criança; Câncer; Família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil é uma doença crônica caracterizada por uma produção celular rápida e desordenada com capacidade de invasão de tecidos e órgãos adjacentes ou distantes⁸⁶. As taxas elevadas de incidência e mortalidade fazem com que as doenças oncológicas sejam consideradas um problema emergente de saúde pública, em todo o mundo. No Brasil, estima-se, para o íterim 2023-2025, uma ocorrência de mais de 7.000 novos casos de tumores pediátricos, dentre os quais 8% poderão evoluir para óbito, em decorrência, principalmente, de um diagnóstico tardio^{9, 14, 16}.

As doenças oncológicas trazem uma série de repercussões para a vida da criança e de sua família, sejam relacionadas à mudança da rotina familiar, devido às inúmeras internações para realização de procedimentos diagnóstico e terapêuticos, ou ao afastamento do convívio familiar, social e escolar que é imposto à criança ou, ainda, à



sobrecarga emocional e de cuidados a que os pais são expostos no transcorrer do processo saúde-doença do filho⁸⁷.

Assim, faz-se fundamental que a assistência à criança com câncer e à sua família seja pautada na integralidade e em valores humanísticos, cujo olhar dos profissionais e as ações de cuidados contemplem outros âmbitos além do físico-biológico. É nesse contexto que a Enfermagem se faz imprescindível, enquanto profissão que tem o cuidar como ideal moral e foco principal de seu processo de trabalho⁵⁴.

Apesar do cuidar ser inerente à pessoa humana⁸⁸, o cuidar de enfermagem é pautado nos conhecimentos, nos valores, na ética, na vontade e no compromisso de cuidar, fazendo com que os profissionais de enfermagem consigam interagir com a criança e sua família, estabelecer vínculos, enxergar a criança como um ser integral, complexo e em desenvolvimento e, assim, reconhecer suas reais necessidades de cuidados, respeitando sua autonomia e sua liberdade de escolha^{54, 89}.

Sob essa ótica, o enfermeiro que atua no âmbito da oncologia pediátrica deve desempenhar ações de cuidados curativas, integrativas, complementares, preventivas e de promoção à saúde, as quais atendam às necessidades físicas, sociais, afetivas, emocionais e espirituais da criança, favorecendo o processo de enfrentamento e cura do sofrimento⁸⁹.

O câncer é uma doença estigmatizada como fatal, e isso, por si só, já causa medo, angústia e insegurança em quem a vivencia. Quando acomete uma criança, sua família compartilha de seu sofrimento, podendo senti-lo até mais intensamente do que a própria criança, porque esses sentimentos são ampliados pelas incertezas perante o prognóstico e pelo luto antecipatório. Dessa forma, muitos familiares buscam na espiritualidade uma forma de compreender e enfrentar as situações difíceis experienciadas em decorrência de uma situação atípica, urgente e estressante como o câncer infantil^{25, 87, 90}.

Nesse cenário, a realização do cuidado espiritual representa um grande desafio para a equipe de enfermagem, visto que são esses profissionais que acompanham e partilham diariamente as angústias e os sofrimentos de crianças com câncer e suas famílias, desde o momento em que recebem o diagnóstico de doença incurável até o luto.

Vários estudos nacionais e internacionais atribuem as dificuldades e os desafios em relação à assistência espiritual, à falta de preparo do enfermeiro para lidar tanto com a espiritualidade do paciente quanto com a sua própria, à carência de conhecimento ou



informações sobre espiritualidade — bastante confundida com religiosidade—, à falta de tempo e, até mesmo, ao fato de considerarem a espiritualidade um conceito subjetivo e incapaz de ser efetivado na prática, principalmente pelos enfermeiros^{24-25, 91}.

O conceito de espiritualidade é muito mais amplo do que o de religiosidade e remete “àquilo que dá sentido e propósito à vida de um indivíduo”, estando relacionada a uma “atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, que pode acontecer, por meio da oração, mentalização ou meditação”^{19,21:52}. Assim, a espiritualidade pode ser entendida como o método para se alcançar o divino, enquanto a religiosidade pode ser visualizada como uma ferramenta que indivíduos podem-se valer para que, de forma sistemática, consigam manifestar sua espiritualidade.

Contudo, é comprovada a importância do cuidado espiritual como recurso terapêutico com enfoque na integralidade capaz de trazer benefícios à qualidade de vida e ao bem-estar, em especial, do paciente com condições crônicas, graves ou sem possibilidades terapêuticas de cura, como crianças com câncer, e de seus cuidadores^{26,91}. Considerando-se o exposto, é evidente a importância do cuidado espiritual direcionado à criança com câncer e à sua família, sobretudo quando realizado por enfermeiros, por isso deve ser realizado e estimulado.

Logo, este estudo tem como objetivo mapear a produção científica acerca da praxe do cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão de Escopo (RE) que seguiu as diretrizes propostas no *Manual for Evidence Synthesis*, publicado pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). Foi utilizado ainda o *check-list* PRISMA Extensão para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR) como um guia para o planejamento, a execução e o desenvolvimento do relatório final desta revisão. Este estudo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) e gerado identificador *Uniform Resource locator* (<https://osf.io/b7arq>)⁶⁶⁻⁶⁷.

A RE foi desenvolvida conforme as seguintes etapas: (I) Definição e alinhamento do objetivo e da questão norteadora, (II) Desenvolvimento e alinhamento dos critérios de inclusão com o objetivo e a questão, (III) Descrição da abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências, (IV) Busca pelas evidências, (V) Seleção das evidências; (VI) Extração das evidências; (VII) Análise dos dados; (VIII) Apresentação dos resultados e (IX)



Consolidação das evidências em relação ao propósito da revisão, tirando conclusões e observando quaisquer implicações das descobertas⁶⁷.

Foi utilizado o mnemônico PCC – População, Conceito e Contexto para a elaboração da questão norteadora, considerando-se a criança com câncer e sua família como a população, o cuidado espiritual de enfermagem como o conceito e o serviços de saúde como o contexto. Assim, definiu-se a pergunta: quais as evidências publicadas na literatura científica acerca da praxe do cuidado espiritual de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde?

A busca ocorreu na biblioteca eletrônica SciELO e nas bases de dados *Web of Science*, Scopus, Cinahl *Complete*[®], Lilacs, Embase, Cochrane e Medline *with Full Text*[®] via interface da *US National Library of Medicine* (PubMed). O acesso a essas fontes de informação foi mediado pelo Portal CAPES e pelo *proxy* de uma instituição federal de ensino superior brasileira, como forma de padronizar a coleta. As dissertações e teses também foram buscadas como literatura cinzenta no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

Os descritores foram selecionados dentre aqueles mais frequentemente utilizados por publicações sobre a temática indexadas na PubMed e padronizados no sistema DeSC/MeSH, sendo considerados suas versões em português e inglês. O termo *cuidado espiritual*, apesar de não ser um descritor presente na interface DeSC/MeSH, foi utilizado na busca por representar o conceito principal da pesquisa.

A busca ocorreu nos meses de março e abril de 2023, tendo sido desenvolvidas estratégias de busca distintas para cada biblioteca e base eletrônica, conforme representado no quadro 1. Durante a busca, não foram utilizados filtros que restringissem tipo de estudo, desenho metodológico, idioma ou recorte temporal de modo a ampliar e reunir o maior quantitativo possível de evidências, mas publicações indisponíveis na íntegra em meio on-line foram excluídas do processo de seleção.

Quadro 1: Estratégias de busca da revisão de escopo segundo as bases de dados, João Pessoa. Paraíba, Brasil, 2024.



Descritores utilizados na SciELO, LILACS, BDTD e portal Capes	Descritores utilizados na Web of Science, Scopus, CINAHL Complete®, Embase, Cochrane, MEDLINE (PubMed)
• Cuidado espiritual AND Criança AND Câncer • Cuidado espiritual AND Criança AND Cuidado de enfermagem • Cuidado espiritual AND Criança AND Enfermagem oncológica • Cuidado espiritual AND Criança AND Câncer AND Cuidado de enfermagem • Espiritualidade AND Criança AND Câncer • Espiritualidade AND Criança AND Cuidado de enfermagem • Espiritualidade AND Criança AND Enfermagem oncológica • Espiritualidade AND Criança AND Câncer AND Cuidado de enfermagem	• <i>Spiritual care AND Child AND Neoplasms</i> • <i>Spiritual care AND Child AND Nursing Care</i> • <i>Spiritual care AND Child AND Oncology Nursing</i> • <i>Spiritual care AND Child AND Neoplasms AND Nursing Care</i> • <i>Spirituality AND Child AND Neoplasms</i> • <i>Spirituality AND Child AND Nursing Care</i> • <i>Spirituality AND Child AND Oncology Nursing</i> • <i>Spirituality AND Child AND Neoplasms AND Nursing Care</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Os resultados das buscas em cada base foram exportados para um gerenciador de referências bibliográficas on-line (Endnote) de modo a consolidá-los em um único arquivo que, posteriormente, foi exportado para o *software Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar (Rayyan)*, em que ocorreu o processo de avaliação e seleção duplo cego. As divergências de consenso entre os revisores foram esclarecidas após a consulta de um terceiro revisor.

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Na primeira houve a identificação dos estudos duplicados e depois a leitura dos títulos e resumos dos estudos pelos revisores, que, como critérios para a inclusão na amostra, consideraram os estudos que traziam os descritores utilizados na busca no título, no resumo ou nos tópicos. Como critérios de exclusão, estavam os estudos sem resumos, ou que não traziam enfermeiros como prestadores de cuidados espirituais.

Na segunda fase, os estudos ora selecionados foram lidos na íntegra e incluídos apenas aqueles que respondessem à questão norteadora. Foram excluídos estudos que, mesmo trazendo os enfermeiros como prestadores de cuidados espirituais, não descreviam quais cuidados eram ofertados.

A extração dos dados ocorreu por meio de um formulário que abordava dados referentes a indicadores de produção (autoria principal, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo), características metodológicas (delineamento, população e amostra) e evidências estabelecidas (cuidado espiritual de enfermagem realizado à criança com



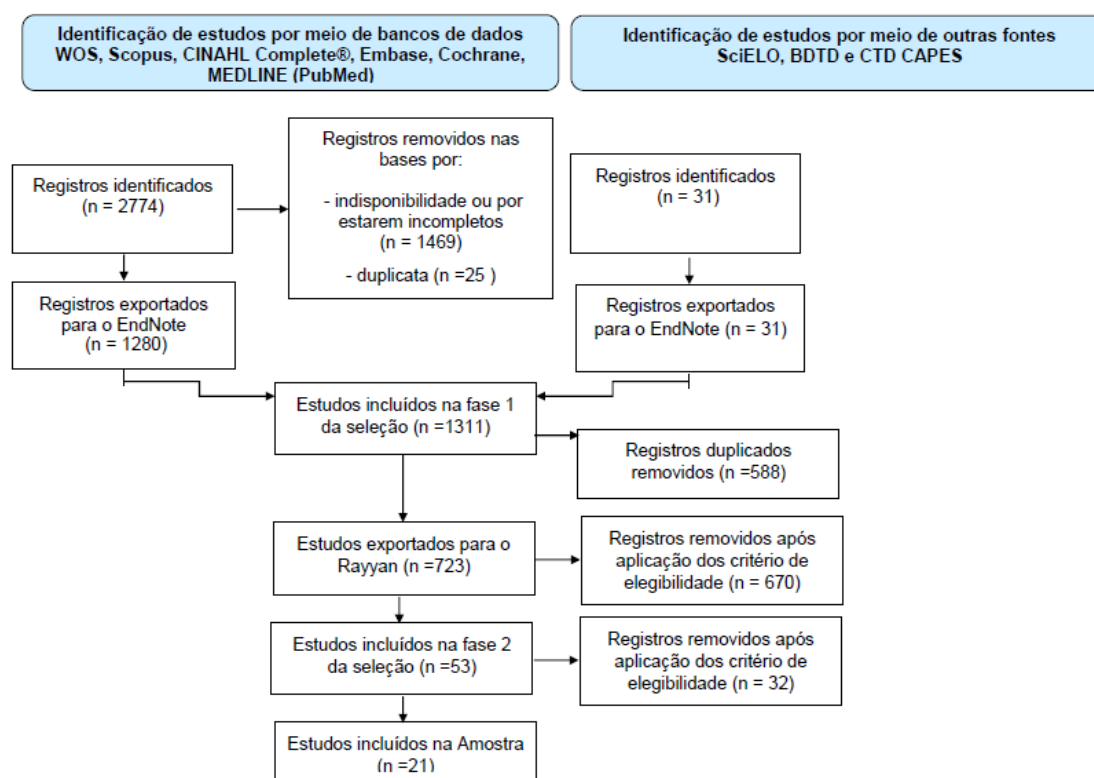
câncer e à sua família nos serviços de saúde e os principais resultados e conclusões sobre esse cuidado).

Os dados foram analisados de forma descritiva e por meio de Análise Temática Indutiva (ATI), sendo operacionalizado em seis fases, a saber: I -Familiarização com os dados; II - Geração códigos iniciais; III - Busca de temas; IV - Revisão de temas; V - Definição e nomeação de temas e VI - Produção do relatório. Para auxiliar na análise e na apresentação dos dados, foi utilizada a ferramenta VOSviewer^{® 81}.

RESULTADOS

A pesquisa identificou 2.805 produções científicas, das quais 21 foram selecionadas para a amostra conforme fluxograma PRISMA-ScR (figura 7) apresentado abaixo. Dentre os estudos que compuseram a amostra, observou-se uma variação significativa de delineamentos metodológicos utilizados, por isso eles foram agrupados enquanto a originalidade. Assim, 12 estudos (57,1%) foram classificados como originais, oito (38,1%) como revisões de literatura e um (4,8%) como artigo de opinião.

Figura 7 – Sumarização do processo decisório para seleção da amostra. João Pessoa-PB, Brasil, 2023.



Fonte: dados da pesquisa.



As características dos estudos enquanto ao ano e ao periódico de publicação, bem como os objetivos de cada investigação encontram-se sumarizados no quadro 2. É visível uma distribuição das publicações entre os anos de 1997 a 2021, sendo a maior taxa de publicações sobre a temática em 2010 e, a partir de 2018, tendo o ano de 2020 o maior quantitativo de artigos publicados, n=4 (19%). No tocante aos periódicos, identificaram-se 17 revistas distintas, em que as de origem internacional tiveram uma frequência mais expressiva, n=12 (70,6%), em comparação com aquelas de origem nacional, n= 5 (29,4%).

Quadro 2 – Características dos estudos da amostra quanto ao ano de publicação, ao periódico e aos objetivos. João Pessoa-PB, Brasil, 2023. n=21.

Código	Ano	Periódico	Objetivos dos estudos
E1⁹²	2011	Turk Onkoloji Dergisi	Discutir os cuidados paliativos da criança e de sua família em período terminal.
E2⁹³	2021	Revista de Enfermagem Oncológica Pediátrica	Desenvolver e avaliar um modelo de conversação para abordagem espiritual com crianças e adolescentes com câncer.
E3⁹⁴	2021	Family Medicine and Primary Care Review	Determinar o efeito do cuidado espiritual baseado no <i>Sound Heart Model</i> na carga de cuidado dos pais de crianças com câncer.
E4⁹⁵	2020	International Journal of Africa Nursing Sciences	Explorar o bem-estar psicológico e espiritual dos cuidadores familiares de crianças com cancro num hospital universitário no Gana.
E5⁹⁶	2019	Journal of Transcultural Nursing	Examinar a relação entre estratégias de enfrentamento, atitude religiosa e otimismo de mães de crianças com câncer.
E6⁹⁷	2020	Revista de Pesquisa-Cuidado é Fundamental Online	Analisar conhecimentos e práticas de enfermeiros assistenciais sobre cuidados paliativos à criança com doença crônica, à luz da Teoria do Cuidado Humano.
E7⁹⁸	2020	Revista de Pesquisa-Cuidado é Fundamental Online	Investigar a experiência dos enfermeiros no cuidado de crianças com câncer em cuidados paliativos.
E8⁹⁹	2018	Journal of Palliative Care	Aplicar a teoria do conforto de Kolcaba a uma criança com câncer.
E9¹⁰⁰	2004	Holistic Nursing Practice	Não apresentou.
E10¹⁰¹	2010	Seminars in Oncology Nursing	Descrever componentes selecionados dos cuidados paliativos pediátricos, desde o diagnóstico até a cura ou o fim da vida, os quais se combinam para ajudar enfermeiros e outros médicos a atingir metas de cuidado para crianças com câncer e suas famílias.
E11¹⁰²	1997	Seminars in Oncology Nursing	Revisar a literatura pertinente à espiritualidade qualidade das crianças com câncer e identificar práticas estratégias para o cuidado dessa dimensão na infância.



E12¹⁰³	2019	Cogitare Enfermagem	Identificar o estilo de <i>coping</i> religioso-espiritual utilizado entre familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico.
E13¹⁰⁴	2021	Journal of Pediatric Oncology Nursing	Explorar, descrever e compreender como os enfermeiros de hematologia/oncologia pediátrica que cuidam de pacientes cronicamente doentes ou moribundos utilizam sua espiritualidade para lidar com o estresse no trabalho, manter o bem-estar espiritual (BES) e continuar trabalhando nesta especialidade.
E14¹⁰⁵	2017	Journal of Pediatric Oncology Nursing	Avaliar o impacto potencial de um programa educacional on-line sobre cuidado espiritual nas atitudes e no conhecimento dos enfermeiros pediátricos sobre o cuidado espiritual e sua competência para fornecer cuidado espiritual a crianças com câncer no final da vida.
E15¹⁰⁶	2013	Global Journal of Health Science	Examinar se a prática da medicina complementar e alternativa, especificamente cuidados espirituais e tratamentos baseados na manipulação corporal, tem probabilidade de melhorar a saúde e o bem-estar das crianças que sofrem de cancro.
E16¹⁰⁷	2006	Issues in Comprehensive Pediatric Nursing	Descrever o papel da espiritualidade como mecanismo de enfrentamento na vida de pais de crianças com câncer.
E17¹⁰⁸	2018	Texto e Contexto Enfermagem	Discutir, a partir dos fundamentos da complexidade, as estratégias de ação e interação adotadas pelos profissionais de saúde para o cuidado de crianças hospitalizadas com dor oncológica crônica.
E18¹⁰⁹	2003	Canadian Oncology Nursing journal	Não apresentou.
E19¹¹⁰	2010	ACTA Paulista de Enfermagem	Apresentar conhecimentos atualizados sobre o cuidado espiritual oferecido pela Enfermagem como parte das premissas para a promoção da saúde em famílias que incluem crianças e adolescentes com câncer.
E20¹¹¹	2020	Journal of Pediatric Oncology Nursing	Examinar as evidências sobre o valor da espiritualidade/cuidado espiritual na minimização da vulnerabilidade dos pais cujos filhos foram diagnosticados com câncer e enfrentaram o fim da vida.
E21¹¹²	2014	Journal of Advanced Nursing	Relatar uma análise do conceito de cuidado espiritual de uma criança com câncer em fim de vida.

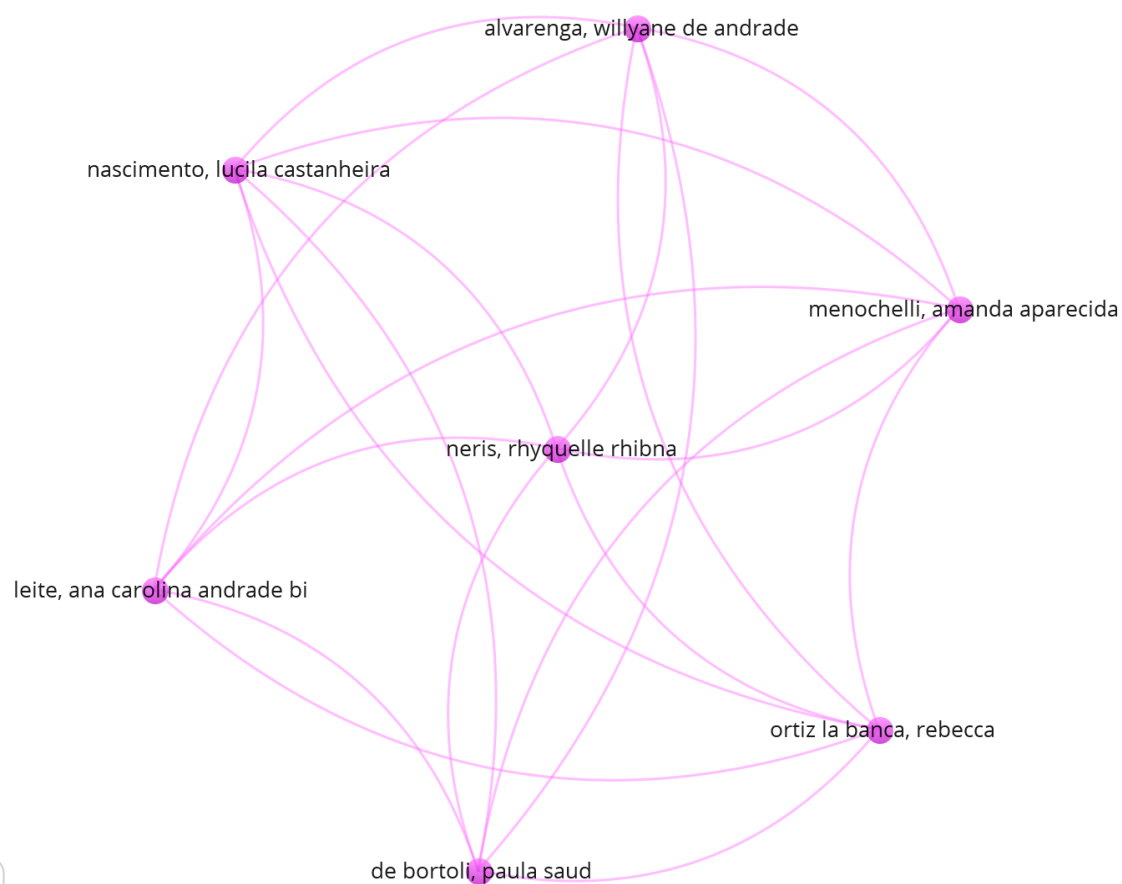
Fonte: dados da pesquisa.

Sobre a autoria dos manuscritos, identificaram-se 71 autores distintos, sendo a Cheryl L. Petersen como a de maior número de produções entre a amostra, $n = 3$ (14,3%), seguido por Lucila Castanheira Nascimento, $n=2$ (9,5%). Ressalta-se que Petersen encontra-se doutoranda em oncologia e está vinculada ao Departamento de Enfermagem da *Marquette University*, Wisconsin, Estados Unidos, enquanto



Nascimento possui título de pós-doutorado na área de oncologia pediátrica e atualmente atua como professora titular da Universidade de São Paulo, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. A relação de cooperação entre os autores nas publicações da amostra pode ser visualizada na figura 8.

Figura 8 – Rede de cooperação dos autores nas publicações da amostra. João Pessoa-PB, Brasil, 2023.



Fonte: dados da pesquisa.

A síntese das evidências científicas dos estudos da amostra encontra-se disposta no quadro 3. Os achados foram categorizados em categorias, a saber: estratégias de gestão de cuidados espirituais, estratégias de autocuidado espiritual dos enfermeiro, estratégias de cuidado espiritual direcionadas à família da criança com câncer e estratégias de cuidado espiritual direcionadas à criança com câncer. Nesta, foram identificadas cinco subcategorias.



Quadro 3 - Estratégias de cuidado espiritual realizadas por enfermeiros no cuidado à criança com câncer e sua família. João Pessoa-PB, Brasil, 2023. N = 21.

Estratégias de gestão do cuidado espiritual
• Revisitar objetivos, avaliar e compreender informações (E1, E16, E21); • Explorar a trajetória de doença da criança (E1); • Conhecer o desenvolvimento das crenças espirituais de acordo com os períodos da vida, como período pré-escolar ou período escolar (E2, E11, E14); • Fazer a transição para cuidados paliativos e lidar com a morte da criança (E1); • Incluir o programa à rotina espiritual religiosa no plano de cuidados (E10); • Facilitar o acesso ao sistema de apoio religioso para a família (E12, E16).
Estratégias de cuidado espiritual direcionadas ao próprio enfermeiro
• Estar presente no cuidado (E14); • Desenvolver a força interior e a fé (E14); • Desenvolver a autoconsciência, cuidar de si espiritualmente (E14, E16, E17, E19); • Conectar-se significativamente com a natureza, o meio ambiente e o Divino/Deus, por meio de práticas espirituais como a oração (E14, E16).
Estratégias de cuidado espiritual direcionadas à família da criança com câncer
• Estabelecer comunicação espiritual, tendo um comportamento amigável com empatia e respeitando as crenças e cultura (E4, E7, E8, E18, E20); • Ouvir ativamente as preocupações dos pais (E12, E18, E20); • Estimular o autocuidado espiritual dos pais (E4, E12); • Ensinar diretrizes religiosas baseadas em evidências para adaptação emocional (E4, E11); • Apoiar os pais (E4, E5, E8, E11, E17, E20); • Promover sessões de aconselhamento semanais, de forma presencial ou via chamadas telefônicas (E4); • Responder às perguntas dos cuidadores familiares (E5); • Estimular atividades religiosas regulares para mantê-los concentrados e fortes (E5); • Permitir que a família expresse tristeza, frustração, raiva e preocupações através da presença e da escuta ativa (E10); • Estimular a família a cantar, conversar, brincar; segurar e embalar a criança (E10, E12, E15); • Tranquilizar as famílias em suas decisões (E11); • Promover a participação dos pais nos cuidados da criança (E12); • Estimular um posicionamento positivo frente ao divino (E13).
Estratégias de cuidado espiritual direcionadas à criança com câncer
Ajudar a criança a expressar sentimentos e preocupações: • Transmitir aceitação de diversas crenças e práticas espirituais (E2, E17); • Adotar atitude de não julgamento, para a criança poder expressar dúvidas e emoções (E2, E21); • Encorajar a partilhar seus sentimentos com uma pessoa que lhe dará apoio moral (E2, E10, E17, E21); • Aceitar a frustração e a raiva da criança, sem julgá-la. (E10). Ofertar um ambiente de restauração



- Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo para realização de práticas espirituais (E2, E11, E16, E21);
- Permitir que a criança permaneça com símbolos religiosos/espirituais importantes para ela durante procedimentos estressantes (E2);
- Utilizar de estratégias lúdicas como brincadeiras, desenho (E3, E9, E10, E17);
- Estabelecer diálogo para ganhar confiança, reduzindo o estresse e a ansiedade dos pacientes (E4, E9);
- Oferecer terapias integrativas e complementares adequadas à idade (toque terapêutico, musicoterapia) (E9, E10, E15).

Ajudar a criança no fortalecimento relacional:

- Pedir à criança que reze com outras pessoas (cuidadores, equipe, outras crianças) (E2, E15);
- Orar junto com a criança para que ela se sinta confortável (E2, E15);
- Pedir apoio de colegas, por exemplo, para visitas (E9, E21);
- Minimizar a separação da criança da família, encorajando a passar tempo juntos (E10, E11, E12, E21);
- Encorajar os irmãos saudáveis a visitarem a criança (E11).

Ajudar a criança a encontrar significado para o momento vivenciado;

- Discutir com a criança as crenças de estar doente (E2, E21);
- Utilizar imagens para estimular a reflexão sobre experiências espirituais, identidade, senso de valor, significado e propósito na vida (E3, E10).

Auxiliar a criança a encontrar esperança;

- Incentivar o uso contínuo de um sistema de apoio religioso (E12, E21).

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A escassez de estudos explorando as necessidades espirituais da população pediátrica é frequentemente destacada na literatura, mas se observa um interesse crescente no tema desde 2018. Esse aumento pode estar associado à publicação da Resolução n. 41 do Ministério da Saúde, a qual regulamenta a organização dos serviços de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde⁷.

O câncer infantil, sendo uma doença grave que frequentemente necessita de cuidados paliativos, requer uma abordagem integral que inclui a atenção às necessidades físicas, emocionais e espirituais das crianças e de suas famílias⁸. Os cuidados paliativos pediátricos objetivam proporcionar alívio da dor e do sofrimento, além de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar nos âmbitos físico, mental e espiritual¹¹³. Assim, espiritualidade, dentro dos cuidados paliativos pediátricos, assume um lugar de importância, devendo ser considerada pelo enfermeiro durante a realização do processo de enfermagem.



No contexto dos cuidados paliativos, a integração dos aspectos espirituais na assistência à criança facilita o processo de comunicação, uma vez que prioriza a formação de vínculo do enfermeiro com a criança e sua família, por meio de sua presença altruísta, da escuta ativa, da valorização de crenças e valores, da oferta, enfim, de um sistema de apoio para ajudar a enfrentar o câncer em todas as etapas do processo de cuidar, inclusive no luto⁸.

Nos estudos E8, E14 e E17, a espiritualidade surgiu como uma estratégia fundamental para enfrentar a doença, oferecendo um mecanismo para lidar com as perdas e o luto, além de auxiliar na comunicação de más notícias. Assim, promover um cuidado à dimensão espiritual da criança com câncer e sua família é um dever humano e ético que os profissionais de saúde e em especial o enfermeiro devem promover.

Definir o cuidado espiritual envolve considerar o cuidado de si mesmo, da alma e do relacionamento com o divino e com os outros. No estudo E2, os autores referem que os profissionais de saúde devem fornecer suporte espiritual a partir do esclarecimento de dúvidas e da oferta de informações que ajudem os pacientes a compreender suas crenças e valores, confortando-os espiritualmente durante a hospitalização.

Vários estudos, E14, E16, E17, E19, destacaram a importância do enfermeiro promover o cuidado espiritual inicialmente para si, aprofundando o conhecimento sobre si mesmo e expandindo a sua consciência de forma a estabelecer uma conexão consigo mesmo, com o mundo ao seu redor e com o divino. Ao nutrir a própria espiritualidade, o enfermeiro promove a reflexão sobre experiências espirituais, o desenvolvimento da identidade e a compreensão do significado e propósito da vida, aspectos essenciais para o bem-estar espiritual e emocional⁵⁹.

Nesse contexto, ele se prepara e se fortalece para vivenciar o cuidado à criança. O cuidado como um processo relacional traz impacto para o ser cuidado, mas também para o ser que cuida. Assim, é comum o enfermeiro partilhar os medos, as angústias e os sofrimentos da criança e de sua família. Para tanto, ele tem de estar preparado para lidar com momentos estressantes e difíceis, de modo que não comprometa sua saúde nem a qualidade do cuidado ofertado.

Dentre as práticas de autocuidado espiritual dos enfermeiros, os estudos E14, E16, E17, E19 destacaram abranger a oração, a meditação, a busca por um representante religioso para dialogar, a participação em rituais e cultos, as leituras que fornecem palavras de consolo e de força e, até mesmo, o próprio cuidar do outro. Todas essas



ações proporcionam um momento para a reflexão e a renovação espiritual, permitindo que expressem suas emoções e mantenham a força e o equilíbrio interior.

Ao pensar na promoção do cuidado espiritual, faz-se essencial que o enfermeiro o entenda como cuidado de enfermagem o que, como tal, deve estar descrito no processo de enfermagem. Para tanto, ao realizar a avaliação da criança, deve-se buscar identificar indicadores de sofrimento espiritual, bem como de necessidades de cuidado espiritual específicas.

Nos adultos, a expressão dessas necessidades são mais explícitas, contudo, na infância, exige-se do enfermeiro uma maior atenção e sensibilidade. Na infância, a espiritualidade pode se manifestar através de atitudes de compaixão, empatia, curiosidade sobre o mundo e a natureza, capacidade de imaginar e sonhar. Além disso, a criança pode referir dúvidas sobre a morte, sobre Deus ou, até mesmo, preocupação com os entes queridos, por meio de perguntas abertas ou pela elaboração de histórias. Ressalta-se que, durante a infância, o desenvolvimento da espiritualidade apresenta fases distintas que se interligam com o desenvolvimento cognitivo destas, assim, ao responder às necessidades espirituais da criança, o enfermeiro deve considerar essas fases^{46, 93}.

O Estudo E2 destaca a importância da fé e de suas expressões no ambiente de cuidado. A fé é considerada uma dimensão fundamental e indispensável à vida, sendo um denominador comum entre a espiritualidade e a religiosidade. Ela pode ser sentida e estimulada de forma singular e íntima, mas também pode ser expressa por meio de práticas religiosas. O referido estudo ainda destacou que crianças e adolescentes geralmente possuem filiação religiosa, então, utilizar-se da religiosidade como forma de se estimular a espiritualidade é uma estratégia válida de cuidado espiritual, quando realizada de forma empática, sem julgamentos ou imposições.

Neste sentido, o artigo E15 referiu que mães com maior atitude religiosa apresentaram um melhor nível de otimismo e apoio familiar, social e religioso, destacando a importância da espiritualidade no enfrentamento da doença. Além disso, participantes do artigo E4 e E20 destacaram o valor inerente do cuidado espiritual prestado por enfermeiros, amigos e familiares como um aspecto inestimável de apoio social que ajudou os a lidar com a perda dos filhos.

O estudo E13 revelou que a espiritualidade trouxe significado e propósito para a vida dos familiares, auxiliando-os a lidar com o estresse e facilitando o enfrentamento do câncer. Os participantes descreveram elementos-chave para um cuidado espiritual de



qualidade que possa gerar bem-estar espiritual, a saber: confiança, respeito, bondade, autoconsciência, paz, conexão significativa com a natureza e o meio ambiente e uma relação com o divino.

Os enfermeiros desempenham um papel vital na facilitação do acesso a recursos espirituais. Os estudos E2, E10, E11, E12, E16 e E21 referem que, ao incentivar o apoio religioso, solicitando a visita do representante religioso de escolha da criança e de sua família, bem como facilitar o acesso desses representantes a crianças, programar uma rotina espiritual/religiosa no plano de cuidados e proporcionar um ambiente calmo e tranquilo para realização de práticas espirituais, os enfermeiros não alimentam apenas a fé e a esperança dos pacientes e dos familiares, mas também a sua, o que gera emoções positivas de contentamento e satisfação.

Apesar da importância do cuidado espiritual como recurso terapêutico, consolidar esses cuidados na prática de enfermagem ainda é um desafio enfrentado por diversos profissionais, seja por não reconhecer como um cuidado de enfermagem, por medo de se expor a situações que podem desequilibrar seu âmbito emocional, espiritual e mental, pela dificuldade de reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes ou pela formação deficitária que reflete na carência de conhecimento de como oferecer cuidado espiritual (E19, E20, E21).

Corroborando com esses achados, um estudo revelou que, mesmo entre os profissionais que obtiveram algum tipo de capacitação ou treinamento no âmbito da promoção dos cuidados espirituais, 64,4% consideraram seus conhecimentos insuficientes. Nessa perspectiva, a educação continuava ao abordar a temática na graduação, no ambiente de trabalho ou em cursos buscados por conta própria; o que se faz importante para garantir uma assistência de enfermagem qualidade¹¹⁴.

Portanto, é essencial que enfermeiros se especializem em cuidados espirituais e incorporem essas práticas nas rotinas diárias, para atender às necessidades espirituais de pacientes com câncer e suas famílias¹⁰⁴.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a identificação das características das pesquisas acerca da praxe do cuidado espiritual realizado por profissionais de enfermagem à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde. Assim, foi possível visualizar que a espiritualidade e o cuidado espiritual são uma temática emergente e em crescimento no âmbito acadêmico e assistencial, contudo se observou que a disseminação e o alcance



dessa prática de cuidado não são tão amplos a nível nacional, quando comparados com outros países.

O método da revisão de escopo permitiu identificar as estratégias e as ações de cuidado espiritual realizadas pelos profissionais de enfermagem como ações de fácil aplicabilidade, as quais, muitas vezes, são desenvolvidas intuitivamente dentro da própria assistência de enfermagem, sem que, com isso, sejam geradas novas demandas de cuidado. Além disso, são ações de baixo custo, com benefícios comprovados que exigem do profissional apenas tempo, intenção e ação.

Diante dos achados do estudo, verificou-se que existe uma formação deficitária dos profissionais de enfermagem sobre a temática, a qual reflete na carência de conhecimento de como oferecer cuidado espiritual e, conseqüentemente, diminui a oferta desse cuidado: essa é a principal lacuna identificada no estudo.

Quanto às limitações, percebeu-se uma escassez de estudos que abordassem a temática com foco na população pediátrica, bem como de estudos que definissem melhor o papel e as ações dos profissionais de enfermagem na oferta de cuidados espirituais. Não foi encontrado nenhum estudo que trouxesse a sistematização da assistência de enfermagem ou, minimamente, as descrições de intervenções espirituais padronizadas em taxonomias da área de Enfermagem, de modo que esses temas ficam sugeridos para novas pesquisas.



5.2 ARTIGO II

Artigo original

Importância do Cuidado Espiritual de Enfermeiros à Criança com Câncer em Cuidados Paliativos e à sua Família: estudo à luz da Teoria de Jean Watson

RESUMO

Objetivo: analisar a compreensão de enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual na assistência a crianças com câncer em cuidados paliativos e a seus familiares, à luz da teoria de Jean Watson. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, realizada em um hospital filantrópico de referência em oncologia, com 13 enfermeiros, por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática indutiva e apresentados de forma descritiva. **Resultados:** evidenciou-se que os enfermeiros possuem um conhecimento satisfatório acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual, os quais visualizam-na como importante para a criança e sua família e para si próprio. Assim, buscam estratégias de autocuidado espiritual, de forma a melhorarem a assistência prestada à criança, em conformidade com os princípios da teoria do cuidado humano. **Conclusão:** a espiritualidade e o cuidado espiritual são uma estratégia que impacta positivamente o bem-estar e a qualidade de vida de quem oferta e de quem recebe, por isso deve ser estimulada enquanto prática cotidiana da enfermagem.

Palavras-chave: Espiritualidade; Enfermagem pediátrica; Cuidados Paliativos; Oncologia; Teoria de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil é uma doença crônica caracterizada por uma produção celular rápida e desordenada, que impõe à criança um impacto significativo sobre seu desenvolvimento físico, emocional e social. A rápida progressão e a capacidade metastática das células cancerígenas exigem uma abordagem de cuidado intensivo e multidisciplinar, que inclua terapêuticas curativas e paliativas, apoio psicológico e suporte espiritual⁸⁶.

No Brasil, o câncer infantil é um grave problema de Saúde Pública e apresenta altas taxas de incidência e morbimortalidade. Para cada ano do triênio 2023-2025, foi estimada a ocorrência de 7.930 casos, entre os quais aproximadamente 8% desse total evoluirão para óbito, sendo as leucemias, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e linfomas as principais causas^{9, 13-14}. Esses dados reforçam a necessidade de uma rede de



atenção à saúde bem estruturada, capaz de fornecer suporte abrangente para o diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) são cuidados ativos ao corpo, à mente e ao espírito, os quais devem ser promovidos gradualmente a partir do diagnóstico de uma doença ameaçadora da continuidade da vida para a criança e sua família, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida delas a partir do atendimento de suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais ⁴⁻⁶.

Nesse contexto, o diagnóstico de câncer e a instituição dos cuidados paliativos representam um momento de angústia e sofrimento que impacta significativamente o corpo, a mente e o espírito da criança e de sua família, levando a um aumento das necessidades espirituais e de saúde. Atender a essas necessidades é fundamental para alcançar a integralidade no cuidado e promover qualidade de vida ⁹⁵.

Na perspectiva dos CPP, a espiritualidade é um elemento essencial para o enfrentamento (*coping*) da doença e um fator de proteção e manutenção da saúde e do bem-estar. Entende-se a espiritualidade como um componente inato da espécie humana, sendo experienciada de forma singular, subjetiva e pessoal, a partir de uma consciência e conexão consigo mesmo e com o sagrado. Pode ser expressa por meio da fé, da arte, da música, de ritos e de práticas religiosas. Convém destacar que se distingue da religiosidade por não se apresentar restrita a doutrinas institucionais ^{36,115}.

A relação entre qualidade de vida e espiritualidade se pauta na percepção de bem-estar do indivíduo. No contexto dos cuidados paliativos em oncologia, o bem-estar espiritual é um componente essencial para a qualidade de vida de crianças e seus familiares, devendo ser incorporado às práticas dos profissionais de saúde, especialmente nos cuidados de enfermagem ^{95, 116}.

É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, estejam preparados para oferecer um cuidado integral que inclua suporte físico, emocional e espiritual tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Esse contexto endossa a importância de uma formação robusta e contínua que abarque não só conhecimento e habilidades técnicas mas também humanas, para poder contemplar dimensões subjetivas como a emocional e a espiritual⁸⁹.

Entendendo que os aspectos subjetivos do cuidado são percebidos com mais facilidade quando se atribui a eles significado e importância, o enfermeiro deve enxergar o paciente, mas também a si mesmo, como indivíduos sagrados. O envolvimento verdadeiro do enfermeiro na assistência ofertada ao paciente,



transcendendo os procedimentos técnicos, é um sinal de amadurecimento da profissão de Enfermagem e um fator de qualidade do cuidado¹¹⁷.

Destaca-se que, para identificar as necessidades espirituais e integrá-las de maneira efetiva no processo de enfermagem, ou seja, propor diagnósticos e intervenções de cuidados espirituais tendo como foco uma abordagem sensível, empática e compassiva, o enfermeiro necessita fundamentar sua prática a partir de uma teoria^{61,93,118}.

Nesse contexto, a Teoria do Cuidado Humano (TCH), proposta por Watson, traz a espiritualidade como componente central e essencial no processo de cuidado de enfermagem. A TCH elenca elementos conhecidos como *Clinical Caritas-Veritas*, os quais orientam os enfermeiros a adotarem práticas de cuidado espiritual para si e para os outros, de forma a se promover um cuidado humanístico, autêntico, carinhoso e centrado no ser como indivíduo unitário. A TCH pressupõe que, para cuidar do outro, o enfermeiro precisa, primeiro, cuidar de si mesmo. Assim, entende-se que, para promover um cuidado espiritual para a criança com câncer e sua família, há a necessidade de o profissional trabalhar previamente sua própria espiritualidade⁵⁹⁻⁶⁰.

Watson propõe que o enfermeiro deve cultivar práticas espirituais próprias que levem à autoconsciência (*self*), ao autoconhecimento, à confiança sem ressalvas no outro, de modo a encontrar o equilíbrio, a restauração ou cura (*Healing*)¹¹⁹. Contudo, são escassas pesquisas que demonstram a importância da espiritualidade para o enfermeiro enquanto pessoa que também partilha e vivencia situações difíceis e, enquanto cuidador, tem de oferecer uma assistência holística e de qualidade¹²⁰.

Assim, entendendo a importância do cuidado espiritual de enfermagem para a criança e sua família, bem como para o enfermeiro estar preparado para ofertar esse cuidado, o objetivo deste estudo foi analisar a compreensão de enfermeiros sobre espiritualidade e cuidado espiritual na assistência a crianças com câncer em cuidados paliativos e sua família, à luz da teoria de Jean Watson.

MÉTODO

Pesquisa de campo explicativa, com abordagem qualitativa e orientada pela Teoria de Jean Watson. Como forma de garantir o rigor científico na execução e na apresentação da pesquisa, foram seguidos os Critérios Consolidados para Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ), um instrumento traduzido e validado, composto por 32 itens de avaliação para investigações qualitativas⁶⁴.



A pesquisa foi realizada em um centro filantrópico especializado em oncologia. Tal instituição é referência no estado da Paraíba para o atendimento de crianças e adolescentes com câncer e outras doenças raras do sangue, oferecendo meios para diagnóstico, tratamento curativo e cuidados paliativos de nível básico, além de buscar oferecer uma assistência integral e multidisciplinar⁷².

Os participantes do estudo foram 13 enfermeiros envolvidos na assistência direta a crianças com câncer sob cuidados paliativos atuantes nos setores de ambulatório, enfermaria e UTI pediátrica da instituição. A seleção da amostra ocorreu mediante os seguintes critérios de elegibilidade: enfermeiros em atividade assistencial durante a fase empírica da pesquisa e que possuísem, no mínimo, seis meses de atuação profissional na área de oncologia pediátrica. Esse período foi estimado para garantir a adaptação do profissional à área de atuação. Foram excluídos enfermeiros que não estivessem desempenhando função assistencial no momento da coleta de dados, seja por licença, atestado médico, férias ou mudança de função, e profissionais que não apresentassem comprovação vacinal contra a Covid-19 completo (3 doses), uma vez que a pandemia ainda estava em vigência no período de coleta de dados.

Diante do pressuposto de que a reincidência de informações emergidas nas falas dos participantes é fator decisivo para considerar a saturação teórica dos dados empíricos, considerou-se a amostra suficiente, uma vez que foi observada a repetição de informações a partir do discurso do décimo participante⁷¹.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2022, sendo realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, registradas mediante sistema de gravação digital de voz e por registro em diário de campo. O instrumento de coleta de dados foi composto por duas seções: a primeira versava sobre a caracterização dos participantes, e a segunda continha um roteiro com perguntas para nortear as entrevistas.

O roteiro englobou as seguintes perguntas: (1) O que você entende por espiritualidade/ cuidado espiritual? (2) Como você busca ou pratica a sua espiritualidade? Cabe ressaltar que o instrumento foi hospedado no aplicativo *Google Forms*, em que os dados da primeira seção foram registrados.

A realização das entrevistas ocorreu de forma presencial, individualmente, em espaço reservado nos turnos da manhã, da tarde e da noite, em horários de descanso dos profissionais previamente agendados. As entrevistas foram transcritas na íntegra e validadas pelo respectivo depoente. Foi solicitado a eles que escolhessem um termo que o representasse enquanto pessoa e enfermeiro atuante em cuidados oncológicos



pediátricos. Para garantir o anonimato dos participantes, os termos escolhidos foram utilizados para decodificar os depoentes. Assim, eles foram identificados como: Relacionamento, Humanidade, Co-criar, Confiança, Bondade, Abraço1, Equilíbrio, Fé, Amor1, Abraço2, Perdão, Abraço3 e Amor2.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise Temática Indutiva (ATI) juntamente com a Teoria do Cuidado Humano. Para tanto, foram seguidas seguintes etapas: I - Familiarização com os dados a partir das transcrições e apontamentos do diário de campo, uniformização e sumarização dos dados a fim de formar um *corpus*; II – Geração de códigos iniciais, sendo o processo de organização dos dados textuais realizado através do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ[®]), versão 0.7 alpha 2; III - Busca de temas; IV - Revisão dos temas; V - Definição e nomeação do temas com palavras de evocação dos elementos do *clinical caritas-veritas*, e VI - Produção do relatório.

Não obstante, foram considerados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dispostos na Resolução nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), assim como a Resolução do CNS n. 466/2012 e o Ofício Circular nº 2/2021.⁷⁶⁻⁷⁸ Assim, a pesquisa foi aprovada pelo CEP sob parecer n. 4.932.844, emenda n. 5.309.144 e CAAE 50437021.0.0000.5188.

RESULTADOS

A análise descritiva evidenciou que entre os 13 enfermeiros que participaram da pesquisa, seis (46,1%) atuavam na enfermagem, cinco (38,5%) na UTI e dois (15,4%) no ambulatório. Sobre o tempo de atuação em oncologia pediátrica verificou-se uma variação de 6 meses a 27 anos. Quanto à espiritualidade e à religiosidade, nove (69,2%) participantes se assumiram católicos, dois (15,4%) evangélicos, um (7,7%) espírita e um (7,7%) não professou religião, contudo afirmou ser espiritualizado.

Sobre os aspectos acadêmicos e profissionais, seis (46,1%) participantes referiram possuir um título de especialista, cinco (38,5%) relataram possuir dois títulos e dois (15,4%) declararam possuir três ou mais especializações. Todas se relacionavam com a respectiva área de atuação, a saber: oncologia, UTI geral, UTI pediátrica, hematologia e hemoterapia, pediatria e cuidados paliativos. Destaca-se que três (23,1%) enfermeiros relataram, ainda, que realizaram capacitações em cuidados paliativos.



Dentre os participantes, dez (76,9%) afirmaram que, em nenhum momento durante sua formação acadêmica, foi discutido sobre espiritualidade ou cuidado espiritual, enquanto quatro (30,8%) referiram que o conhecimento que possuem sobre o tema é decorrente dos cursos de capacitação ou especialização em cuidados paliativos realizados.

Acerca da análise dos discursos, o processamento do *corpus* através do IRAMUTEQ® resultou em 65 textos. Neles foram identificados 1221 segmentos de texto (ST), dos quais 1018 STs foram aproveitados, representando, assim, um percentual de 83,4% de aproveitamento dos depoimentos. Emergiram 42.596 ocorrências, sendo 3.433 palavras distintas e 1631 hapax.

Foi realizado o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para explorar os segmentos de texto a partir da frequência de repetição de palavras e criação de *clusters* (Ratinaud; Marchand, 2012). Por meio da CHD, o *corpus* textual foi dividido em dois (2) *subcorpus* e em quatro (4) classes, conforme exposto na Figura 8. As classes do *subcorpus* A somam 43,2% das STs, que foram aproveitadas, enquanto o *subcorpus* B totalizam 56,8%. Neste estudo, foi dado ênfase aos resultados da análise das classes 1 e 2, uma vez que elas trouxeram o agrupamento de temas referentes à importância da espiritualidade e do cuidado espiritual.

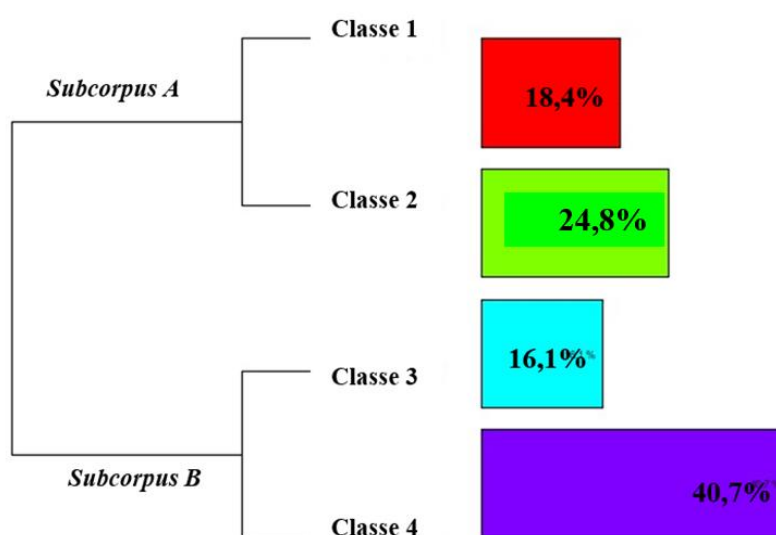


Figura 9 - Dendrograma do *corpus* textual da pesquisa. João Pessoa- PB, Brasil, 2022.

Para se verificar a relação entre os termos das classes 1 e 2 e as variáveis, realizou-se uma Análise Fatorial de Correspondência (figura 9). A partir dela, é possível visualizar que, quanto maior a frequência absoluta (f) do termo, maior é o seu destaque



no gráfico, sendo os termos conforto, amor, espiritualmente, apoio, suporte, palavra, próximo, ajuda e fortalecer os mais frequentes nos discursos. Ainda, pode-se perceber que os termos que indicam os fatores positivos de se trabalhar a espiritualidade encontram-se em oposição às ações e às atitudes de cuidar desse âmbito. Demonstrando que, apesar de compreenderem a importância, os participantes ainda não se apropriaram verdadeiramente do cuidado espiritual no cotidiano da assistência de enfermagem.

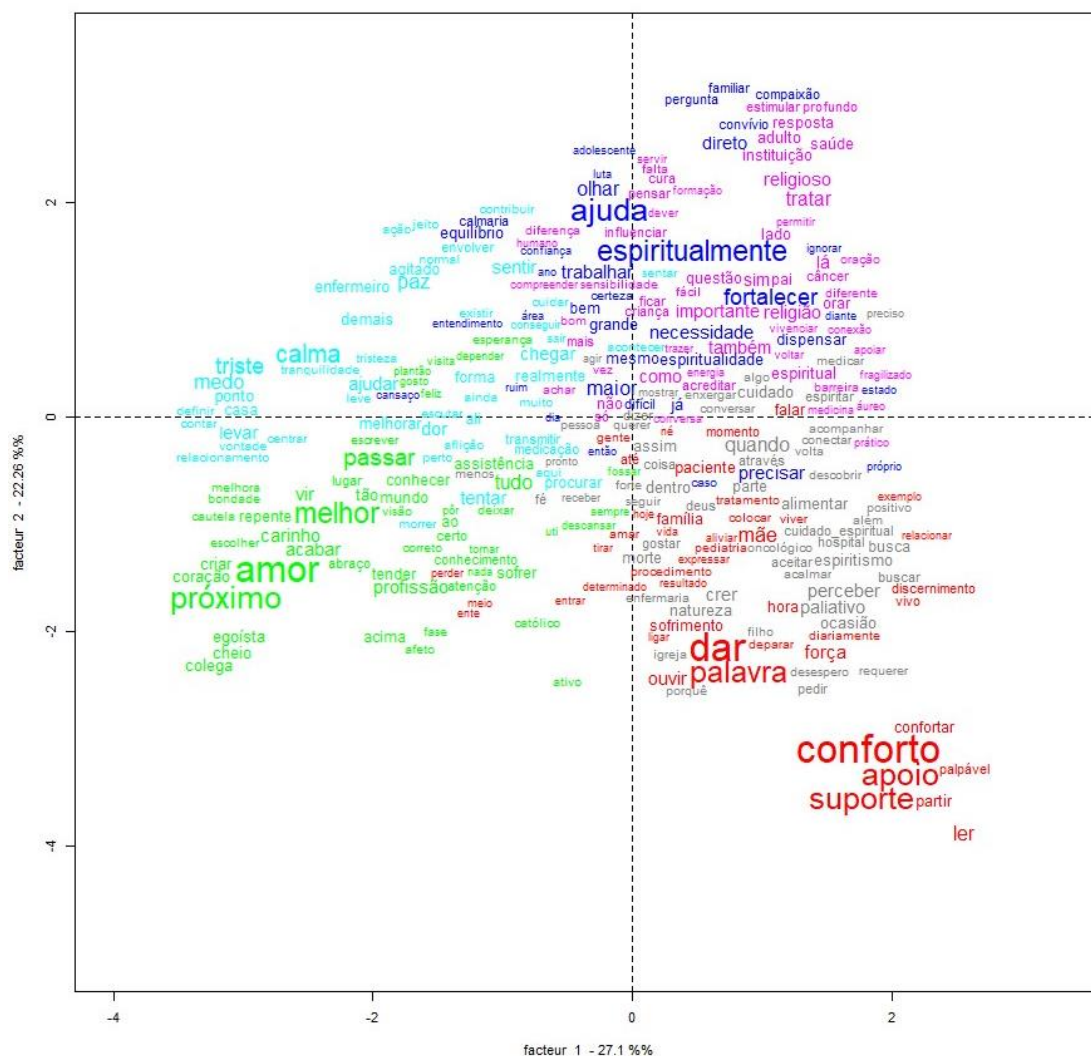


Figura 10 – AFC das classes 1 e 2 do corpus textual. João Pessoa-PB, Brasil, 2022.

A partir da análise das classes 1 e 2 e fundamentando-se na Teoria do Cuidado Humano, foi possível construir duas categorias temáticas, que, junto aos depoimentos que as compõe, são apresentadas a seguir:

Importância de o enfermeiro promover o *self*-espiritual

Os discursos dos participantes apontam que existe uma compreensão acerca do conceito de espiritualidade, entendendo-a como uma forma de conexão consigo mesmo



ou com o divino, contudo sendo algo difícil de conceituar. Sobre a relação com a religiosidade, percebeu-se uma dualidade de ideias, em que alguns participantes relatam que ambas são equivalentes, enquanto outros referem entender a espiritualidade como mais abrangente do que a religiosidade.

Eu acredito que a espiritualidade não é algo que é voltado para a religião, é uma conexão com o ser humano, [...] conexão com si mesmo. Eu acredito muito que a espiritualidade está ligada ao sentimento do amor. (Relacionamento)

Espiritualidade é tudo aquilo que a gente põe em prática nossa fé e busca depositar essa fé naquele ser espiritual superior que você acredita. (Confiança)

A espiritualidade é isso, Deus acima de tudo. Eu acho que é a mesma coisa para mim, espiritualidade e religiosidade. (Bondade)

Espiritualidade é algo mais profundo que não tem a ver com a religião, mas com seus sentimentos, com a sua compaixão, com a energia que você tem e com as coisas que você pode oferecer para outra pessoa, o seu estado de bem-estar. (Equilíbrio)

A espiritualidade é uma coisa difícil de explicar. É algo muito profundo, é aquilo que você não está vendo, mas está sentindo; é algo que tem uma ligação maior entre Deus e o ser humano, é você estar bem dentro de si. Não é algo que eu precise estar numa religião para poder ter. Quando eu falo em espiritualidade, eu penso muito no divino. (Amor 2)

No que tange ao cuidado espiritual, os participantes definiram-no como cuidar de si, da própria espiritualidade, de modo a se fortalecer para poder apoiar o outro. Referiram-no, ainda, como cuidar da dimensão espiritual da criança e de sua família.

O cuidado espiritual poderia ser a questão da pessoa orar sem questão de religião, um orar, um conversar com Deus ou conversar com o divino, porque cada um tem o seu Deus. (Co-criar)

Cuidado espiritual é o cuidado com a alma, com o espírito, algo que é além do corpo, [...] é alimentar a fé dele. (Confiança)

Cuidado espiritual, na minha concepção, é a força que nós temos dentro de nós de dar suporte a alguém que esteja fragilizado. (Abraço 1)

No contexto do cuidado espiritual como autocuidado, os participantes elencaram as estratégias que utilizam para nutrir a própria espiritualidade, como a fé e as conversas íntimas com o divino. Além disso, foram referidas práticas religiosas como a oração, a leitura de livros religiosos, o comparecimento a instituições religiosas com frequência e a realização de práticas integrativas e complementares, como pode ser observado nos depoimentos abaixo.



Eu busco minha espiritualidade em centros espíritas, também em reiki. (Co-criar)

Para você cuidar espiritualmente de uma outra pessoa, você tem que estar bem espiritualmente. Eu frequento o centro espírita regularmente. Eu busco através das minhas orações, do meu contato direto com Deus, através da fé. (Equilíbrio)

Eu sempre busco, eu sempre vou para comunidade, toda semana, nas terças-feiras à noite e nos domingos, eu procuro ir à missa. (Fé)

A minha espiritualidade eu busco em oração, em atividades religiosas, eu vou à igreja, procuro ouvir cultos [...]. Para vir trabalhar, eu costumo fazer algumas orações e tento ler alguns salmos antes e depois, e a fé é importante também. (Amor)

Inspirando a fé e a esperança para a promoção de um ambiente de cura

Em seus depoimentos, os enfermeiros referem que a espiritualidade os fortalece e os tranquiliza diante de situações difíceis e, quando realizam o cuidado espiritual, expressam sentimentos de gratidão, bem-estar e satisfação.

A minha espiritualidade influencia o meu comportamento, leva-me a ter um pouco mais de tranquilidade. (Relacionamento)

Então, a espiritualidade é como se fosse essa armadura para conseguir enfrentar porque não é fácil, [...] tem dias em que eu saio arrasada mesmo, às vezes eu choro. (Humanidade)

Choramos muito com as mãos em horas de angústia, em horas de perdas, em fase final quando estão em cuidados paliativos, a espiritualidade ajuda muito nesses casos. Ah, eu me sinto muito bem quando faço um cuidado espiritual. (Bondade)

Eu lido com crianças, então é muito difícil [...] requer que o profissional tenha muita fé e que essa parte da espiritualidade seja muito acentuada para você poder dar o conforto, [...] dar suporte na hora de um desespero. Eu me fortaleço para eu poder suportar a dor deles porque morrem muitas crianças. (Abraço 1)

Essa parte de chegar e, às vezes, a criança falecer, você se apega a um pouquinho de luz, à fé [...] eu me apego muito mesmo à minha espiritualidade. (Abraço 2)

Eu vejo o cuidado espiritual como sendo algo importante a se fazer, [...] quando o paciente aceita, e eu fico tranquila, eu fico em paz em saber que aquela pessoa foi em paz. (Humanidade)

Eu me sinto bem em realizar o cuidado espiritual, [...] porque tudo que a gente faz para o bem, o bem retorna para a gente. (Co-criar)

A gente se sente bem, sentimento de dever cumprido, de conseguir fazer algo mais. (Confiança)

[...] quando eu presto um cuidado desse eu me sinto maravilhosamente bem, sinto que nesse momento Deus me colocou ali para isso. (Amor 2)



Os participantes ainda relataram perceber que o cuidado espiritual impacta positivamente a criança com câncer e sua família, trazendo-lhes fé e esperança e tornando-as mais propensas a aceitar os cuidados e a enfrentar com paz a morte e o luto.

A honestidade com certeza é importante para o espírito, [a gente] acaba adquirindo a confiança deles até para fluir o tratamento deles. (Humanidade)

É a força para a mãe, porque muitas mães vêm já cientes de que vão perder o filho, desacreditadas [...] então, quando elas estão mais espiritualizadas, elas vão espiritualizar mais os filhos, e isso reflete no tratamento da criança. (Co-criar)

A gente passa fortaleza na palavra para aquele familiar, e eles vão também aceitando e se alimentando, ao ponto de se preparar. (Fé)

É muito importante, principalmente em paliativos, porque necessita desse carinho a mais, dessa espiritualidade devido ao sofrimento. Eles entram numa paz, numa tranquilidade que a gente desconhece. (Perdão)

Você consegue enxergar o efeito na criança, muda logo o rosto, o jeitinho dela, dependendo do grau da dor, [...] mas você sente no comportamento alguma diferença, mesmo que seja mínima. (Abraço 3)

DISCUSSÃO

Apesar do crescente interesse da abordagem espiritual nas práticas de saúde, as discussões sobre essa temática nos cursos de graduação ainda são deficientes, fato também verificado neste estudo em relação à Enfermagem. Estudos ^{113,121} apontam que existe uma formação deficiente e inadequada dos profissionais de saúde sobre a abordagem espiritual, fazendo com que muitos profissionais se sintam despreparados para ofertar cuidados espirituais

Estudo descritivo realizado com 197 profissionais de saúde, dentre esses 58 enfermeiros ¹¹⁴, revelou que apenas 45,7% dos participantes receberam capacitação sobre cuidado espiritual, e 41% desses que afirmaram receber tal formação buscaram-na por conta própria. Mesmo entre os profissionais com treinamento, 64,4% ainda consideraram seus conhecimentos e habilidade insuficientes, e esse era um dos fatores que influenciavam negativamente na capacidade de atender às necessidades espirituais de seus pacientes.

O enfermeiro tem como cerne de sua profissão o cuidar, e sua formação impacta significativamente na qualidade do cuidado ofertado, assim, é pertinente e essencial a inclusão da abordagem espiritual no processo de formação acadêmica do enfermeiro. No contexto dos cuidados paliativos, a integração dos aspectos espirituais à assistência



da criança se configura com um dos princípios elementares, possibilitando que outros princípios sejam alcançados, tais como: aliviar os sintomas físicos, emocionais e espirituais e melhorar, assim, a qualidade de vida da criança; facilitar o processo de comunicação; ofertar cuidados de forma integral, individualizado e valorizando as crenças e os valores da criança e de sua família e oferecer um sistema de apoio para ajudar a criança e sua família a lidar com a doença e o luto ⁸.

Em meio ao sofrimento gerado por uma doença oncológica na infância, é imperativo que os enfermeiros valorizem a dimensão espiritual como uma importante estratégia de cuidado, capaz de reduzir a angústia e promover a paz, o conforto e o bem-estar à criança e sua família. Nesta investigação, os enfermeiros relataram reconhecer a importância da espiritualidade como recurso terapêutico em saúde e a descreveram como um estado de bem-estar e conexão consigo mesmos, associando-a a sentimentos de amor, compaixão, propósito e fé.

A correlação entre a espiritualidade e a religiosidade também foi destacada nos discursos, em que lhes foram atribuídos significados tanto semelhantes quanto distintos. Independentemente disso, todos os participantes referiram que ambas apresentam valor significativo para o enfrentamento da doença (*coping*) e foram consideradas um importante fator protetivo e mantenedor do bem-estar da criança e de sua família.

As percepções sobre a espiritualidade apresentadas pelos participantes abarcam os componentes fundamentais da espiritualidade: a conexão, transcendência e o sentido da vida. Logo, torna-se possível inferir que, mesmo que a maioria dos participantes não tenha recebido treinamentos ou capacitações sobre a temática, a maioria apresenta uma visão adequada sobre esse constructo. Ressalta-se, ainda, que as definições expressas pelos participantes convergem com a perspectiva de Watson sobre espiritualidade, considerando-a como uma busca por significado, propósito, compreensão da vida, uma procura pelo transcendente e pelo sagrado^{93, 119}.

O cuidado espiritual foi um termo mais complexo para os participantes definirem, sendo compreendido como a busca por alimentar a própria espiritualidade ou como atitudes e ações baseadas na fé e na esperança dispensadas a outros como forma de amparo e suporte. Nesse sentido, o cuidado espiritual é visualizado tanto como uma forma de autocuidado, quanto de assistência prestada à criança e à sua família.

Definições semelhantes às deste estudo foram obtidas em uma pesquisa realizada em um hospital pediátrico no sudeste do Brasil. Os participantes entendem que



o cuidado espiritual envolve o cuidado de si mesmo, da alma e do relacionamento com Deus e com os outros⁹³.

Um estudo que avaliou a espiritualidade de 132 enfermeiros de dois hospitais de São Paulo foi enfático ao concluir que não há como se dissociar a espiritualidade do enfermeiro do cuidado espiritual que este promove¹¹⁶. Dessa forma, para realizar o cuidado espiritual, exige-se que, primeiro, o enfermeiro cuide de si mesmo. Sob essa ótica, a Teoria do Cuidado Humano sustenta que, para se realizar um cuidado genuíno e transpessoal, é necessário que o profissional desenvolva uma profunda autoconsciência (*self*)^{55,59}.

A Teoria do Cuidado Humano, por meio do *Clinical Caritas-Veritas*, orienta os enfermeiros a estabelecerem práticas espirituais em busca do autoconhecimento, do autocuidado e da autocura¹¹⁹. Assim, promover o *self* espiritual se faz essencial, na medida em que oferece ao profissional um mecanismo de enfrentamento das experiências traumáticas vivenciadas no ambiente de trabalho, como a perda e o luto, uma vez que a espiritualidade desempenha funções protetivas de suporte, amparo e esperança, indispensáveis à saúde do profissional^{95,104}.

Estudo de método misto realizado com enfermeiros oncológicos evidenciou, nos participantes, níveis de espiritualidade moderados a altos, os quais a consideraram um fator primordial para continuarem atuando em oncologia pediátrica¹⁰⁴.

Inspirando a fé e a esperança para a promoção de um ambiente de cura

Neste estudo, os enfermeiros relataram utilizar diversas estratégias para nutrir sua própria espiritualidade, incluindo práticas religiosas, práticas integrativas e complementares, além de ações não sistemáticas, como a conexão com o divino por meio da comunicação e da fé. A prática religiosa mencionada pelos enfermeiros abrange desde a oração e a meditação até a participação em rituais e cultos, proporcionando um espaço para reflexão e renovação espiritual, o que permite, ainda, que eles expressem suas emoções e mantenham a força e o equilíbrio interior⁹⁵.

Além disso, a comunicação com o divino, seja através de orações pessoais ou de momentos de contemplação, foi identificada como uma fonte significativa de força e consolo. Os enfermeiros descreveram essa conexão espiritual como fundamental para manter sua resiliência e capacidade de oferecer um cuidado compassivo e empático aos pacientes.



A fé e a esperança são evocadas nos discursos dos participantes como forma de se conectar a um poder divino, trazer confiança e bem-estar. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em dois hospitais do município de Jundiaí, São Paulo, no qual foi aplicado o instrumento *World Health Organization's Quality of Life Instrument - Spirituality, Religion and Personal Beliefs Module* (WHOQOL-SRPB) para avaliar a espiritualidade de 132 enfermeiros. Concluiu-se que os profissionais reconhecem a contribuição da fé no próprio bem-estar, contudo apresentam dificuldades em se sentir integrados como mente, corpo e alma e em paz consigo mesmos¹¹⁶.

A fé está intrinsecamente ligada à espiritualidade, às crenças religiosas e filosóficas dos indivíduos ¹¹⁴. A Teoria do Cuidado Humano destaca que a fé em algo maior possibilita que o enfermeiro esteja verdadeiramente presente e interessado pelo indivíduo a ser cuidado, seja a criança e sua família, seja a si mesmo. Logo, como elemento importante, a fé deve ser estimulada, fortalecida e sustentada^{56, 59, 119}.

As estratégias utilizadas para promover o cuidado espiritual à criança e à sua família podem diferir das utilizadas pelos enfermeiros para alimentar a própria espiritualidade, tendo em vista que seu desenvolvimento é algo singular e pessoal. Assim, o profissional pode nutrir seu *self* espiritual por meio da fé, de atividades religiosas, da interação social e do diálogo, mas também por meio do auxílio ao outro e pelo próprio ato de cuidar. Dessa forma, o cuidado espiritual é um ato que gera resultados recíprocos para quem recebe e para quem o oferta¹²².

Essas estratégias fortalecem a espiritualidade dos profissionais de enfermagem e contribuem para uma abordagem mais holística e humanizada do cuidado, refletindo os princípios da Teoria do Cuidado Humano. Ao nutrirem sua espiritualidade, os enfermeiros são capazes de promover um ambiente de cura mais profundo e significativo, o qual beneficia tanto a si mesmos quanto a seus pacientes.

Em seus depoimentos, os participantes evidenciam efeitos positivos quando realizam o cuidado espiritual, a saber: sensação de bem-estar, sentido de propósito profissional-pessoal, satisfação com a assistência prestada e fortalecimento emocional. O bem-estar é um conceito multifacetado que permeia e integra todas as outras dimensões da saúde, nos aspectos físico, mental, emocional, espiritual¹²³.

O Bem-Estar Espiritual (BEE) pode ser compreendido como um estado de afirmação da vida, de conexão e expressão de pensamentos, sentimentos e comportamentos positivos em relação a si mesmo, ao ambiente, à comunidade e a Deus.



O BEE proporciona ao indivíduo um sentido de identidade, pertencimento, propósito, satisfação, alegria, amor, respeito e paz interior^{104, 123}.

Um estudo destaca a interconexão entre resiliência, atenção plena e bem-estar espiritual, medidos por escalas específicas como NIH-HEALS, que avalia o bem-estar psicossocial-espiritual em pacientes com doenças graves e/ou em estágio terminal. Esse estudo demonstrou que um maior bem-estar espiritual está positivamente correlacionado a uma maior resiliência, a níveis mais altos de atenção plena e inversamente relacionado ao nível de estresse¹²⁴.

Outro estudo, que investigou os benefícios do BEE nos profissionais de enfermagem, concluiu que o aumento da espiritualidade do indivíduo, o alívio do sofrimento e um melhor enfrentamento de eventos estressantes estão ligados a um melhor BEE. Logo, uma percepção positiva sobre o BEE pode aumentar a satisfação do enfermeiro com o trabalho e a própria assistência dispensada ao ser cuidado¹⁰⁴.

Os participantes desta pesquisa também evidenciaram os benefícios à criança e a sua família, quando prestado o cuidado espiritual a elas. Para os enfermeiros, o cuidado espiritual promove confiança, alivia a dor ao trazer paz e tranquilidade, alimenta a fé, fortalece o espírito e prepara a criança e a família para situações de perda e luto. Resultados similares foram encontrados em outros estudos que mostram que a criança e sua família podem utilizar a espiritualidade como meio para encontrar significado e propósito no adoecimento e como um recurso de enfrentamento, fortalecimento emocional e espiritual e promotor de esperança⁹³.

Ressalta-se que o diagnóstico de câncer infantil pode ter uma conotação espiritual e gerar sentimento de culpa. Assim, é comum que a família e a criança, dependendo da idade, procurem abrigo e respostas na espiritualidade e na religiosidade. Quando essas dimensões são abraçadas e estimuladas no cuidado de enfermagem, podem trazer conforto, fé e esperança⁹³.

Ao estar atento às necessidades espirituais, às crenças e às práticas religiosas da criança e de sua família, os enfermeiros podem aliviar a dor e o sofrimento, não só espiritual, mas também psicossomático, além de propiciar um ambiente de cuidado restaurador^{93,119}. Nesse contexto, o cuidado espiritual se conecta aos elementos do *clinical caritas* –*veritas*, ao convidar o enfermeiro a estabelecer uma base de confiança e respeito mútuo com o paciente, criando um ambiente de cuidados bondosos, altruístas, amorosos e compassivos^{29,119}.



CONCLUSÃO

Norteados pela Teoria do Cuidado Humano, este estudo trouxe à tona a importância da espiritualidade e do cuidado espiritual na perspectiva de enfermeiros que cuidam de crianças com câncer em cuidados paliativos e suas famílias. Os achados ressaltam que, para fornecer cuidados espirituais genuínos e eficazes, os enfermeiros devem primeiro nutrir sua própria espiritualidade. Esse processo de autocuidado espiritual envolve práticas religiosas, atividades integrativas e complementares e ações de conexão com o divino. A prática do cuidado espiritual gera benefícios recíprocos, fortalecendo tanto o bem-estar do enfermeiro quanto o do paciente.

A integração de aspectos espirituais no cuidado de enfermagem permite aliviar sintomas físicos, emocionais e espirituais, por isso melhora a qualidade de vida dos pacientes pediátricos e suas famílias, revelando-se importante não apenas no contexto dos cuidados paliativos, mas também no cuidado integral e humanizado.

Promover a espiritualidade no ambiente de trabalho melhora a resiliência e o bem-estar dos enfermeiros e, além disso, enriquece a qualidade do cuidado prestado, criando um ambiente de cura significativo. Assim, este estudo contribui para a construção de uma prática de enfermagem mais holística, humanizada e centrada no paciente, alinhada aos princípios da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Como limitações, destaca-se apenas a dificuldade em realizar a coleta de dados, devido às grandes demandas de trabalho dos enfermeiros participantes. Quanto às implicações deste estudo para a prática de enfermagem, ressalta-se a incorporação do cuidado espiritual à assistência de enfermagem, por meio da adoção de práticas orientadas pela TCH. O reconhecimento e a promoção da espiritualidade na prática de enfermagem emergem como pilares essenciais para um cuidado de saúde integral e eficaz, o qual beneficia tanto os profissionais quanto os pacientes e suas famílias.



5.3 ARTIGO III

Artigo original

Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família: intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria de Jean Watson

RESUMO

Introdução: A dimensão espiritual é uma importante fonte de fé e esperança que ajuda a criança com câncer em cuidados paliativos e a sua família a enfrentar a carga física, emocional e espiritual imposta pela doença. Assim, promover o cuidado espiritual se torna essencial dentro da assistência de enfermagem a essa população. **Objetivo:** Propor intervenções de cuidado espiritual ofertadas por enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo Clinical Caritas-Veritas. **Método:** estudo transversal com abordagem qualitativa, realizada com 13 enfermeiros atuantes em setores pediátricos de uma instituição de referência em oncologia. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática indutiva e apresentados de forma descritiva. **Resultados:** Evidenciou-se que os enfermeiros, mesmo não considerando o cuidado espiritual como uma atribuição da enfermagem, realizam intervenções significativas neste âmbito no cuidado a criança e sua família, englobando todos os elementos do *Clinical Caritas-Veritas*. **Conclusão:** o cuidado espiritual é viável e possível de ser realizado, contudo necessita-se de mais estudos que ajudem a integrá-lo no Processo de enfermagem.

Palavras-chave: Espiritualidade; Prática Avançada de Enfermagem; Criança; Cuidados Paliativos; Teoria de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil decorre do crescimento descontrolado de células anormais, principalmente embrionárias ou de tecidos em desenvolvimento em qualquer parte do corpo. No Brasil, estima-se, uma incidência para o triênio 2023-2025 de 7.930 casos por ano, dos quais aproximadamente 8% resultarão em óbito, o que justifica a doença ser considerada a principal causa de mortalidade infantil no mundo^{9-10,14}.

Como uma doença ameaçadora da vida, o câncer impacta de forma profunda e crônica a vida e a saúde da criança e de sua família, gerando sofrimento e sentimentos de medo, incerteza e vulnerabilidade que podem repercutir negativamente no enfrentamento da doença. Neste cenário, se faz essencial adotar uma abordagem humanística e integral, pautada na promoção do bem-estar e da qualidade de vida por meio dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP).



Os CPP buscam, através de uma assistência multidisciplinar, aliviar a dor e o sofrimento por meio de ações de promoção do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, tanto para a criança quanto para sua família. Esses cuidados devem ser oferecidos a partir do diagnóstico médico, de forma simultânea ao tratamento curativo, sendo abarcado em todos os níveis de atenção à saúde⁴⁻⁶.

No contexto dos CPP, o cuidado à dimensão espiritual destaca-se como um marcador de qualidade da assistência ao paciente, uma vez que a espiritualidade é considerada o sexto sinal vital⁸. Ela se configura como um componente importante para o alcance de um cuidado holístico, sendo enfocada na definição de saúde, de cuidados paliativos e em teorias que buscam melhorar a qualidade da assistência^{48,120}. A integração de aspectos espirituais no cuidado paliativo ajuda a aliviar o sofrimento e proporciona um sentido de propósito e significado tanto para as crianças quanto para suas famílias⁸.

Crianças com câncer e suas famílias frequentemente enfrentam desafios emocionais e espirituais significativos, perdendo o propósito e o sentido da vida, culpar-se pela doença e pelo sofrimento, levando a sentimentos negativos, ansiedade, depressão e diminuição das atitudes positivas em relação a terapêutica e a cura, e perda de controle emocional^{9,19}.

Dessa forma, enfocar a espiritualidade e promover um cuidado espiritual de qualidade é essencial para o fortalecimento da fé e da esperança na cura, ressignificação das experiências vividas, promoção de bem-estar e melhora da qualidade de vida e do processo de morrer⁷⁻⁹. Neste contexto, cuidar do âmbito espiritual se faz fundamental, principalmente na assistência de enfermagem, tendo em vista que é a profissão mais próxima do binômio criança-família.

A importância do cuidado espiritual no processo de enfermagem é amplamente reconhecida na literatura. Estudos recentes mostram que enfermeiros que incorporam a espiritualidade em suas práticas são capazes de oferecer um cuidado mais completo e humanizado. Achados de um estudo internacional⁹³ evidenciaram que a espiritualidade desempenha um papel crucial no enfrentamento de experiências traumáticas e no fortalecimento da resiliência dos profissionais de saúde.

A espiritualidade é um conceito amplo, subjetivo, polissêmico e multidisciplinar, mas de forma geral é considerada um componente inato do ser humano, sendo experienciada de forma singular, subjetiva e pessoal, a partir de uma consciência e conexão consigo mesmo e com o sagrado^{36,115}. Distingue-se da religiosidade, na



perspectiva que esta é definida como a busca da espiritualidade por meio da religião, ou seja, o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica sua crença religiosa⁴⁰.

Entendendo a espiritualidade como uma dimensão fundamental do ser humano, é dever da enfermagem enxergá-la como um componente do seu cuidado, inserindo-a na sua prática cotidiana. Ao assistir à criança com câncer o enfermeiro deve incluir ações de cuidado que remetam a espiritualidade, respeitando a religião e crenças da criança e de sua família; assim como os estágio de desenvolvimento neuro-cognitivo e espiritual da criança; bem como as necessidades de apoio e consolo da família⁹⁸.

Em busca de integrar a espiritualidade nos cuidados de enfermagem, o enfermeiro pode utilizar-se de um referencial teórico que o norteie e respalde suas ações. Neste contexto, a Teoria do Cuidado Humano, desenvolvida por Jean Watson, orienta ações, atitudes e comportamentos para um cuidar humanístico e holístico permeado pela espiritualidade^{56, 84, 117}.

A Teoria do Cuidado Humano, proposta por Jean Watson, oferece uma estrutura chamada *Clinical Caritas-Veritas* (CCV) que orienta a prática de enfermagem com foco em um cuidado compassivo, na valorização da dimensão espiritual, no respeito à dignidade humana e na criação de um ambiente de confiança, empatia, compreensão, conexão e equilíbrio¹¹⁷.

Watson traz o CCV como elementos canônicos e universais nos quais se deve viver e trabalhar e podem ser evocados a partir de termos representativos da essência *caritas*, são elas: Abrace - relaciona-se à bondade altruísta; Inspire – fortalecimento da fé e da esperança; Confie – acreditar em si mesmo, no outro e nutrir a própria espiritualidade; Cultive – criar confiança e vínculo; Perdoe – compreender e evitar julgamentos aos outros; Aprofunde – ser criativo; Equilíbrio – respeitar o processo de ensino-aprendizagem; Co-criar – promover um ambiente de cura; Ministro – cuidar propriamente dito; Aberto – reconhecer a importância da espiritualidade, da fé, dos milagres e dos mistérios que permeiam o viver²⁹.

Portanto, a Teoria do Cuidado Humano, ao incorporar a espiritualidade no centro das ações de cuidado, proporciona uma abordagem humanizadora essencial no tratamento de crianças com câncer em cuidados paliativos, permitindo que enfermeiros desenvolvam intervenções que promovam não apenas o alívio físico, mas também o conforto emocional e espiritual, tanto para as crianças quanto para suas famílias.



Tendo em vista a importância do cuidado espiritual como um promotor de resiliência e bem-estar e a carência de estudos que abordem esse cuidado no contexto da assistência de enfermagem a criança com câncer em cuidados paliativos e a sua família, a realização desta investigação se faz pertinente. Assim, este estudo objetivou Propor intervenções de cuidado espiritual ofertadas por enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo Clinical Caritas-Veritas.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação explicativa, transversal com abordagem qualitativa norteada pela Teoria do Cuidado Humano. O cenário de pesquisa foi um hospital filantrópico de referência no estado da Paraíba para o diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas do especializado em oncologia.

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que prestam assistência à criança na instituição. A amostra foi estabelecida em 13 profissionais, tendo a seleção ocorrido por conveniência, diante daqueles que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: enfermeiros que possuíssem, no mínimo, seis meses de atuação profissional na área de oncologia pediátrica. Foram excluídos profissionais que não apresentaram comprovante vacinal com no mínimo 3 doses da vacina contra covid-19, e enfermeiros que estavam de férias, licença ou atestado médico.

A coleta do material empírico ocorreu nos meses de abril a julho de 2022, sendo realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada. O instrumento de coleta de dados foi estruturado pela pesquisadora em duas seções. A primeira investigava indicadores de caracterização sociodemográfica, e a segunda constituiu-se de um roteiro de entrevista que continha a seguinte questão norteadora: Conte-me como você realiza o cuidado espiritual à criança com câncer em Cuidados Paliativos e sua família?

Ressalta-se que durante a coleta de dados, a pandemia de covid-19 ainda estava vigente, logo todos os protocolos de biossegurança recomendados pela instituição foram seguidos nos momentos das entrevistas. Ainda, como forma evitar que os instrumentos impressos funcionassem como fomites, optou-se por hospedá-lo no aplicativo Google Forms. Assim, foi utilizado um objeto com acesso à internet que permitia tanto o registro de dados no Google Forms quanto a gravação dos depoimentos. Este foi pertinente, uma vez que era possível realizar a desinfecção do mesmo antes e após as entrevistas.



As entrevistas foram realizadas de forma presencial e individual no cenário de pesquisa, em horários de descanso dos profissionais, sendo estes previamente agendados. Considerou-se o critério de saturação teórica para a finalização da coleta de dados. Neste, considera-se uma amostra suficiente quando ocorre reincidência de informações, ou seja, quando há a repetição de falas semelhantes nos discursos dos participante⁷¹.

Durante a coleta de dados foi solicitado aos participantes que escolhesse uma palavra que o representasse naquele momento. O termo escolhido foi utilizado como decodificação para identificar os depoimentos, resguardando assim o anonimato dos enfermeiros. Assim, os participante receberam as seguintes identificações: Relacionamento, Humanidade, Co-criar, Confiança, Bondade, Abraço1, Equilíbrio, Fé, Amor1, Abraço2, Perdão, Abraço3 e Amor2.

A Análise dos dados ocorreu por meio da técnica de Análise Temática Indutiva (ATI), sendo seguidas as seis etapas que a estruturam, a saber: (1) Familiarização com os dados; (2) Geração códigos iniciais (3) Busca de temas; (4) Revisão dos temas; (5) Definição e nomeação dos temas e, (6) Produção do relatório. Para tanto, como forma de auxiliar na organização dos dados foi utilizado do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ[®]), versão 0.7 alpha 2. Ressalta-se ainda que o processo de análise e interpretação dos dados foi norteado pela Teoria do Cuidado Humano.

Não obstante, foram considerados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, como também na Resolução do CNS n. 466/2012 e no Ofício Circular nº 2/2021. Assim, a pesquisa foi aprovada pelo CEP sob parecer n. 4.932.844, emenda n. 5.309.144 e CAAE 50437021.0.0000.5188. Destarte, ressalta-se que foram seguidos os 32 itens de avaliação para investigações qualitativas dos Critérios Consolidados para Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ)^{64, 76-78}.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A amostra foi constituída por 13 enfermeiros lotados nos setores de enfermagem pediátrica ($f=6$, %= 46,1), UTI pediátrica ($f=5$, %= 38,5) e ambulatório pediátrico ($f=2$, % = 15,4). Dentre esses, 12 (92,31%) eram do sexo feminino e um (7,7%) era do sexo masculino. Sobre a faixa etária, observou-se uma variação entre 26 anos até 59



anos, sendo mais frequente profissionais com mais de 40 anos ($f=9$, %= 69,2). Ainda, a maioria dos enfermeiros referiram possuir filhos ($f=11$, %= 84,6).

Acerca da análise dos discursos, o processamento do *corpus* através do IRAMUTEQ® resultou em 65 textos. Nestes foram identificado 1221 segmentos de texto (ST), dos quais 1018 STs foram aproveitados, representando assim um percentual de 83,4% de aproveitamento dos depoimentos. Emergiram 42.596 ocorrências, sendo 3.433 palavras distintas e 1631 hapax.

Foi realizado o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para explorar os segmentos de texto a partir da frequência de repetição de palavras e criação de *clusters*. Por meio da CHD, o *corpus* textual foi dividido em dois (2) *subcorpus* e em quatro (4) classes. A classe 1 apresentou 18,4% de aproveitamento de ST, a classe 2 apresentou 24,8%, a classe 3 aproveitou 16,1% e a classe foi a que teve o aproveitamento mais expressivo de ST, 40,7%.

A classe 4, traz palavras relacionadas a implementação do cuidado espiritual, assim, neste estudo, foi dada ênfase a esta classe, da qual surgiu a categoria: O enfermeiro como ministro do cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família. Nesta categoria é apresentada a praxe do cuidado espiritual, desenvolvida por enfermeiros na assistência à criança com câncer e sua família.

O quadro 4 expõe a integração dos dez elementos com *clinical caritas-veritas* com as intervenções de cuidado espiritual de enfermagem identificadas nos depoimentos dos participantes desta pesquisa. O quadro é uma adaptação de estudos anteriores^{55, 117} que demonstraram como cada elemento/evocação poderia ser realizado de forma genérica na prática de enfermagem. Assim, a coluna intitulada “Intervenções realizadas pelos participantes da pesquisa” sumariza as intervenções de enfermagem relacionadas ao cuidado espiritual que são realizadas pela equipe de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e a sua família de acordo com cada elemento do CCV.

Quadro 4 - Integração dos elementos com *clinical caritas-veritas* com as intervenções de cuidado espiritual de enfermagem (adaptado).

Evocações do CCV	Demonstração da aplicabilidade ^{55, 117}	Intervenções realizadas pelos participantes da pesquisa
Abrace	Comportar-se de forma tranquila, falar gentilmente, realizar o cuidado com expressões de carinho, a exemplo de um abraço	• Ter paciência com a criança e sua família ao esclarecer dúvidas; • Agir com humanidade; • Estimular atitudes positivas (vai dar tudo certo);



		• Olhar com compaixão, tocar para transmitir energias positivas; • Abraçar, dar carinho, • Ofertar consolo a criança;
Inspire	Promover a fé e a esperança a partir de atitudes positivas, como o uso de frases motivacionais; elogiar pontos positivos; valorizar seu serviço.	• Solicitar a visita do representante religioso ou orienta a família a pedir; • Falar em Deus; • Incentivar para não perder a fé; • Estimular o perdão e a gratidão;
Confie	Manter discussões imparciais, confiar na sua equipe, promover práticas espirituais próprias.	• Conversar sobre Deus, a morte e o morrer; • Fazer meditação; • Orientar a equipe para a continuidade dos cuidados espirituais (difícil); • Conversar sobre situações difíceis para melhorar o enfrentamento
Cultive	Criar laços e acolher a criança; ofertar apoio; realizar escuta ativa sem julgamentos, partilhar vivências	• Realizar uma oração com a mãe; • Conversar em um ambiente de paz como a capela; • Tentar se aprofundar no relacionamento com a criança; • Ofertar palavras de conforto • Agente sente como eu posso dizer se sente na pele da mãe (ser empático); • Estimular o apoio social com outros cuidadores e familiares. • Ler livros, como a bíblia, por solicitação do paciente
Perdoe	Realizar escuta ativa sem julgamentos, estimular as expressões de sentimentos	• Ouvir e aconselhar; • Estimular o choro (pode chorar); • Preparar para a perda e o luto; • Perdoar os choros, gritos e expressões de angústia da criança;
Aprofunde	Utilizar criatividade para solucionar problemas como o uso do lúdico na assistência.	• Ofertar brinquedos e brincadeiras; • Realizar o brinquedo terapêutico; • Utilizar-se do bom humor na prática clínica
Equilíbrio	Respeitar o conhecimento do outro, esclarecer dúvidas, compartilhar conhecimentos, promover educação em saúde	• Explicar sobre a doença quando a mãe estiver mais tranquila • Orientar práticas espirituais; • Orientar os cuidadores a estimular as crianças a realizar práticas espirituais
Co-criar	Promover um ambiente de cuidado agradável.	• Colocar músicas religiosas na hora do procedimento para tentar tranquilizar a criança; • Cantar hinos para tranquilizar
Ministro	Cuidado com as necessidades básicas do paciente e as suas próprias	• Identificar as necessidades espirituais da criança e sua família, seja pelo semblante de tristeza, ou da solidão; • Reconhecer a dor e o sofrimento; • Ser grato
Aberto	Estar aberto e presente no	• Acreditar na cura;



	momento de cuidado	• Reconhecer a importância da espiritualidade;
--	--------------------	--

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A prática de enfermagem no contexto da oncologia pediátrica exige não apenas competência técnica, mas também uma profunda compreensão das necessidades emocionais e espirituais dos pacientes e de suas famílias. A espiritualidade, muitas vezes, serve como um pilar de força e esperança durante o tratamento, influenciando a forma como as crianças e suas famílias enfrentam a doença e a dor. Essa dimensão espiritual pode fornecer um senso de propósito e significado em meio ao sofrimento, permitindo que os pacientes encontrem conforto em suas opiniões e valores pessoais.

Além disso, a espiritualidade pode ajudar a suavizar o impacto emocional do diagnóstico, promovendo a resiliência e encorajando uma perspectiva mais positiva sobre a situação. Quando os enfermeiros são capazes de refletir e abordar essas necessidades espirituais, eles não apenas melhoram a experiência de tratamento, mas também estimulam o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes e de suas famílias.

Vários estudos ¹¹⁹⁻¹²² tem investigado formas de se integrar a dimensão espiritual na prática de enfermagem, contudo, estabelecer intervenções de cuidado espiritual tem sido um desafio, devido a subjetividade e singularidades desse cuidado, especialmente para a população infantil. Diante dos depoimentos dos participantes, observou-se uma diversidade de atitudes e ações voltadas ao cuidado espiritual, direcionadas tanto à criança quanto à sua família. Essas intervenções podem ser correlacionadas com os princípios da TCH, que enfatizam a importância da conexão e do relacionamento

As intervenções relacionadas a evocação Abrace envolvem o agir com empatia, respeito e compaixão. Esses valores são fundamentais para criar uma conexão autêntica com as crianças e suas famílias, promovendo uma sensação de segurança e acolhimento³⁹. As enfermeiras referiram que ao tocar na criança ou no seu familiar seja por meio de um apeto de mão, de um abraço, do reiki, elas conseguem fornecer um suporte emocional significativo, sendo perceptível o alívio do estresse e da ansiedade. Assim, as intervenções relacionadas a evocação Abrace utilizam-se do toque como uma



ferramenta poderosa de cuidado espiritual, capaz de transmitir conforto e apoio emocional¹¹⁰⁻¹¹¹.

As ações de CEE que relacionam-se com as evocações Inspire e Cultive são muito próximas, e se pautam na promoção da fé por meio do acolhimento e da criação de vínculos. Desenvolver um relacionamento profundo e significativo com a criança pode facilitar a expressão de suas necessidades espirituais e emocionais, promovendo um cuidado mais singular³⁹.

Para que esse vínculo seja estabelecido e mantido, as enfermeiras destacam que importar-se com o outros ao ponto de ter sensibilidade de perceber sinais singelos, pode fazer a diferença no ato de cuidar, por isso tentam durante a rotina assistencial nutrir uma conexão, a partir de atitudes de zelo e carinho com a criança e sua família a fim de dispensar um cuidar digno e ético¹⁰⁹.

Dentro da evocação Cultivar pode-se destacar ainda ações que incentivam o apoio social entre as próprias mães, entre estas e sua rede de apoio, promovendo, assim, sentimentos de pertencimento e solidariedade. A presença de um líder religioso, também é uma ação solicitada pela equipe de enfermagem quando a família ou a criança expressam o desejo de apoio religioso, facilitando a expressão da fé e da espiritualidade^{110,112}.

Ressalta-se que mesmo quando a visita do representante religioso não é possível, a equipe de enfermagem estimula outras estratégias de apoio como a leitura de textos e livros religiosos, ou orar com a mãe da criança de modo a oferecer conforto espiritual e suporte emocional tanto para a criança quanto para a família, ajudando-os a encontrar força e esperança^{111, 112}. Conversas encorajadoras sobre espiritualidade, fé, esperança e Deus também foram citadas como ações cotidianamente realizadas, principalmente quando as profissionais percebem a angustia das mães, ou após a ocorrência de situações difíceis. Essas intervenções são reconfortante para famílias, proporcionando um sentido de pertencimento, propósito e apoio¹¹⁶.

No que concerne a evocação Perdoe, percebeu-se que os enfermeiros se valem da escuta ativa para compreender as necessidades espirituais das crianças, mas principalmente dos familiares e, assim, fornecer orientações e suporte adequados. Promover o perdão e a gratidão, são atitudes positivas que podem ajudar a aliviar o peso emocional e fortalecer as relações, contribuindo para um ambiente de cura positiva.

Os elementos evocados pelas palavras Aprofunde e Co-criar remetem a intervenções de um ambiente de cura, que para criança pode se dar através do lúdico e



bom humor, e para os familiares, por meio de momentos de paz e tranquilidade. Os participantes enfatizaram o uso de brinquedos e brincadeiras para ajudar a aliviar o estresse e proporcionar momentos de alegria, distração e socialização. Ainda, destacaram a utilização do brinquedo terapêutico, principalmente no setor de quimioterapia. Vários estudos reconhecem a importância do brinquedo terapêutico como uma ferramenta eficaz para ajudar a criança a expressar suas emoções e a lidar com o estresse do tratamento, ainda mais no contexto dos cuidados paliativos pediátricos^{108, 116, 117}.

Demonstrar e estimular o bom humor, também foi referido como uma ação destinada tanto as crianças como ao acompanhantes, sendo uma forma eficaz de aliviar a tensão e criar um ambiente mais leve e positivo, contribuindo para o bem-estar emocional da criança, e na percepção de melhora da criança sob a ótica dos pais, beneficiando também os profissionais de saúde^{114, 118}.

Para as mães, as intervenções que ajudaram a promover um ambiente de cuidado foram a realização de cânticos religiosos, hinos e a sonorização do ambiente com músicas religiosas antes e durante procedimentos dolorosos, de forma a acalmar a criança e fortalecer sua fé.

A escuta ativa, o olhar empático e compassivo, o vínculo gerado que reflete em uma preocupação constante com o bem-estar da criança foram pontuados pelos enfermeiros como sendo essenciais para que eles conseguissem identificar as necessidades de cuidado espiritual da criança e de seu cuidador, entando essas ações inseridas na evocação Ministro. Estudo indica que a paciência e tranquilidade para lidar com expressões de sentimentos negativos da criança ou de seu cuidador, bem como esclarecer dúvidas de forma paciente e compreensiva ajuda a reduzir a ansiedade e o medo, proporcionando um ambiente de confiança e apoio¹⁰⁸.

Estudo de campo¹¹⁸ realizado com enfermeiros oncológicos refere a dificuldade em falar sobre o processo de morrer e luto, sendo muitas vezes uma conversa permeada por elementos espirituais e religiosos. Ainda refere que conversar sobre situações de finitude, é importante para preparar a criança e a sua família para que o processo de morrer e luto seja tranquilo.

Contudo, conversar sobre a morte é um desafio para o qual muito profissionais se sentem despreparados e por isso, tendem a atribuir essa ação a outros profissionais como o capelão, o líder religioso, ou até mesmo a psicologia de modo a ajudar os pacientes e suas famílias a processar suas emoções e encontrar paz¹¹⁵. Corroborando



com a literatura, os enfermeiros participantes, referiram que ao perceberem que esse tipo de conversas extrapola seus limites emocionais, solicitam a presença de um representante religioso.

Diante dos achados dessa pesquisa, percebe-se que os enfermeiros ofertam no seu dia-a-dia intervenções de cuidado espiritual, contudo sem compreendê-las como uma atribuição essencial da Enfermagem. As intervenções realizadas, são simples, não geram custos financeiros, entretanto exigem do profissional uma doação verdadeira ao ser cuidado, e a integralidade da assistência, bem como ao abandono do cuidar meramente tecnicista. Para tanto, é fundamental que toda a equipe de enfermagem esteja preparada e alinhada para oferecer cuidados espirituais contínuos, garantindo que as necessidades espirituais dos pacientes sejam atendidas de forma consistente, consciente e fundamentada na TCH.

CONCLUSÃO

As intervenções de cuidado espiritual descritas são fundamentais para promover um ambiente de cura holístico e integral na assistência de enfermagem à criança com câncer e sua família. Ao incorporar a espiritualidade na prática de enfermagem, os profissionais não apenas melhoram a qualidade do cuidado, mas também fortalecem a resiliência e o bem-estar dos pacientes e de suas famílias, conforme ressaltado pela Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, incorporada pelos princípios do Clinical Caritas-Veritas, é uma ferramenta essencial para os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos pediátricos. Ao integrar esses elementos com as intervenções espirituais específicas mencionadas no quadro, os enfermeiros podem oferecer uma assistência que transcende o atendimento médico tradicional, tocando em dimensões profundas da existência humana.

Este tipo de cuidado ajuda a criar laços fortes entre a equipe de saúde, o paciente e a família, o que é fundamental para oferecer um cuidado que seja tanto eficaz quanto compassivo, especialmente no contexto de uma doença ameaçadora à vida como o câncer infantil.

A educação e capacitação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para garantir que essas intervenções sejam implementadas de forma eficaz e compassiva. Assim, recomenda-se fortemente que a espiritualidade e o cuidado espiritual sejam abordados nas instituições de ensino de enfermagem de modo a



disseminar a compreensão desses cuidados como uma atribuição da profissão, bem como preparar os profissionais a realizarem de forma mais tranquila e cotidianamente os cuidados a dimensão espiritual.

Dentre as limitações do estudo pode-se destacar a escassez de publicações sobre a temática, bem como a dificuldade de padronizar os títulos das intervenções identificadas por meio de taxonomias já existentes, evidenciando uma fragilidade no que compete ao conhecimento de Enfermagem.



6 Reflexões finais



Os resultados obtidos com o presente estudo possibilitaram compreender a praxe do cuidado espiritual dos enfermeiros assistências à crianças com câncer em cuidados paliativos e sua família, à luz da Teoria de Jean Watson; mapear as evidências científicas sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família e propor intervenções de cuidado espiritual aos enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo *Clinical Caritas-Veritas*.

As contribuições deste estudo para o estado da arte em Enfermagem permeiam a perspectiva de alcançar uma assistência holística, com respeito e dignidade, a qual priorize a dimensão espiritual do ser humano mediante a promoção de um cuidado transpessoal direcionado a crianças com câncer sob CPP e a sua família. Ao destacar o cuidado espiritual como uma atribuição intrínseca da Enfermagem, buscou-se fortalecer o processo de cuidar, elevar a qualidade da assistência, ampliar e aprofundar o campo de atuação e investigação científica da profissão no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos.

Para a Enfermagem, almeja-se que este estudo influencie a formação e a prática de enfermeiros, considerando que contribuirá para o reconhecimento e a valorização da dimensão espiritual como passível de cuidados, principalmente no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos. Além disso, ao propor intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado espiritual e embasadas por um referencial teórico, espera-se nortear a atuação do enfermeiro e torná-la mais efetiva, resolutive, respeitosa e holística.

No que se refere à disseminação do conhecimento produzido sobre a temática, subsidiará novas investigações no âmbito dos Cuidados Paliativos em Pediatria, com ênfase na área de Oncologia, possibilitando novas evidências que poderão ser aplicadas na prática assistencial de enfermeiros, que poderão sob uma nova perspectiva, proporcionar a melhoria do cuidado e bem-estar destas crianças com câncer.



Referências



1. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011. 120 p.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do ser humano, compaixão pela terra. 1. ed. São Paulo: Vozes; 1999. 200 p.
3. Hasson F, et al. International palliative care research priorities: A systematic review. BMC Palliat Care. 2020;19(16).
4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ACNP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
5. European Association for Palliative Care. IMPaCCT: standards for pediatric palliative care in Europe. Eur J Palliat Care. 2007;14(3):109-14.
6. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União n. 225; 2018.
8. Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de cuidados paliativos. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. 624 p.
9. Chong PH, et al. Who needs and continues to need paediatric palliative care? An evaluation of utility and feasibility of the Paediatric Palliative Screening scale (PaPaS). BMC Palliat Care. 2020;19(18).
10. Organização Pan-Americana de Saúde. Carga global de câncer aumenta em meio à crescente necessidade de serviços. Folha informativa [website]; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-2-2021-opas-pede-garantia-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-segunda-caoa-morte-nas#:~:text=Quatro%20milh%C3%B5es%20de%20novos%20casos%20foram%20diagnosticados%20em%202020%20e,no%20auge%20de%20suas%20vidas.>
11. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS: 55% das crianças e adolescentes com câncer se recuperam na América Latina e no Caribe. Folha informativa [website]; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20%C3%A9%20a%20segunda,de%20baixa%20e%20m%C3%A9dia%20renda.>
12. Brasil. Ministério da Saúde. 23/11 – Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil. Biblioteca virtual de saúde, SD. Disponível em:



<https://bvsmms.saude.gov.br/23-11-dia-nacional-de-combate-ao-cancer-infantil-3/#:~:text=A%20cada%20tr%C3%AAs%20minutos%20uma,c%C3%A2ncer%20em%20todo%20o%20mundo.>

13. Paixão TM, et al. Detecção precoce e abordagem do câncer infantil na atenção primária. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(5):1437-43.
14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
15. Beheshtipour N. The Effect of Educational-Spiritual Intervention on The Burnout of The Parents of School Age Children with Cancer: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(1):90-7.
16. Mojen LK, et al. Palliative Care for Children with Cancer in the Middle East: A Comparative Study. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):379-86.
17. Taylor J, Booth A, Beresford B, Phillips B, Wright K, Fraser L. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. *Palliat Med*. 2020;34(6):731-75.
<https://doi.org/10.1177/0269216320908490>.
18. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(7):129-35.
19. Santos ALF, Serafim A, Cardoso CA. Medicina e espiritualidade baseada em evidências. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021.
20. Borjalilu S, et al. Spiritual Care Training for Mothers of Children with Cancer: Effects on Quality of Care and Mental Health of Caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17.
21. Iglesias SBO, Zollner ACR, Constantino CF. Cuidados paliativos pediátricos. *Resid Pediatr*. 2016;6(Supl. 1):46-54.
22. Withers A, Zuniga K, Van Sell SL. Spirituality: A Concept Analysis. *Int J Nurs Clin Pract*. 2017;4:234. doi: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/234>.
23. Mendonça AB, et al. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018;22(4).
24. Picollo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev Ciênc Med*. 2018;27(2):85-92.



25. Evangelista CB, et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):554-63.
26. McNamara LC, et al. “Give them the door but don’t push them through it”: Family Attitudes Toward Physician-Led Spiritual Care in Pediatric Palliative Medicine. *Journal of Religion and Health.* 2020.
27. Fuly PSC, et al. Carga de trabalho de enfermagem de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):792-9.
28. Costa JR, et al. Cotidiano dos profissionais de enfermagem e Processo Clínico Caritas de Jean Watson: uma relação. *Rev Enferm UERJ.* 2019;27:37744.
29. Watson Caring Science Institute. Website; 2020.
30. Santos MR, et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):646-53.
31. Gomes ET, Bezerra SMM. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde.* 2020;5(1):65-69. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200013>.
32. Santos JFE, et al. O espaço do Processo de Enfermagem na prática profissional: um exercício de reflexão. *Hist Enferm Rev Electronica.* 2012;3(2):172-89.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde [website]. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Integralidade%3A%20este%20princ%C3%ADpio%20considera%20as,o%20tratamento%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o> . Acesso em: 01 abr 2024.
34. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2021;2021:278730.
35. Vieira AA, Maciel PH, Gomes RON, Mendonça AVP. Espiritualidade e religiosidade: desafios e possibilidades na prática médica. *RSD.* 2023;12(5). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41396>.
36. Silva Filho JAD, Silva HEO, Oliveira JL, Silva CF, Torres GMC, Pinto AGA. Religiosity and spirituality in mental health: nurses’ training, knowledge and practices. *Rev Bras Enferm.* 2022;75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0345>.
37. Dornfeld RL, Gonçalves JRL. Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade. *Rev Família, Ciclos de Vida e Saúde no*



- Contexto Social. 2021;9:281–91. DOI: 10.18554/refacs.v9i0.3967. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3967>. Acesso em: 27 ago 2024.
38. Liberato RP, Macieira R. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: Kovács MJ, editor. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008.
 39. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med. 2000;3(1):129–37. Doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129> .
 40. Chanes M. SAE descomplicada. 1st ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.
 41. Bezerra JN, Evangelista CB, Cruz RA de O, Ferreira F Ângelo. Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. RI. 2019;7(2):160-73. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/930>.
 42. Fonseca LGA, Panciera SDP, Zihlmann KF. Hospitalização em Oncologia Pediátrica e Desenvolvimento Infantil: Interfaces entre Aspectos Cognitivos e Afetivos. Psicologia: Ciência e Profissão. 2021;41(n. spe3)
 43. Winstanley MA. Estágios em Teoria e Experimento. Fuzzy-Estruturalismo e Estágios Piagetianos. Integr Psych Behav. 2023;57:151–73. Doi: <https://doi.org/10.1007/s12124-022-09702-7>.
 44. Silva RH, Oliveira PM. Impacto das práticas espirituais no desenvolvimento infantil. Child Psychol Rev. 2021;45(1):33-47.
 45. Oliveira AVH, Fávero MHS. Espiritualidade da criança e do adolescente na prática clínica: Aplicações práticas. HU Rev. 2020;44(4):461–8. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25862> . Acesso em: 30 set 2024.
 46. Monteiro CJ, Freitas PR, Gonçalves HM. Espiritualidade e bem-estar emocional na infância. International Journal of Early Childhood Education. 2021;15(4):99-112.
 47. Fernandes LS, Rocha MT. A espiritualidade no desenvolvimento psicológico da criança. Psychology and Health. 2022;29(1):67-79.
 48. Costa ML, Silva JP, Moraes AR. Práticas espirituais e o bem-estar infantil. Journal of Child Development. 2023;34(2):123-134.
 49. Silva RH, Oliveira PM. Impacto das práticas espirituais no desenvolvimento infantil. Child Psychology Review. 2021;45(1):33-47.



50. Lima PH, Santos DF, Oliveira RM. Espiritualidade e saúde infantil: uma revisão sistemática. *Pediatric Health Journal*. 2021;18(3):215-230.
51. Santos FA, Almeida RS. Espiritualidade e desenvolvimento infantil: uma abordagem inclusiva. *Journal of Inclusive Education*. 2020;12(3):180-195.
52. McEwen M, Wills EM. *Bases Teóricas para Enfermagem*. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
53. Medeiros SP, Oliveira AMN, Silva MRS, Piexak DR, Badke MR, Santos AM. Reiki como cuidado de enfermagem às pessoas diagnosticadas com depressão. *Rev Recien*. 2022;12(40):247-256. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.40.247-256.
54. Watson J. Love and Caring. *Alternative Journal of Nursing*. 2005;9:1-9.
55. Afonso SR da, Padilha MI, Neves VR, Elizondo NR, Vieira RQ. Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>.
56. Rosenente M, Favero L. Inclusion of the elements of the Clinical Caritas Veritas process in the neonatal intensive care unit. *RSD*. 2024;13(2). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44934>.
57. Watson J. *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008.
58. Watson J. *Caring Science as Sacred Science Revised Edition*. Lotus Library; 2021. ISBN-978-0-578-88225-3.
59. Tonin L, et al. The evolution of the theory of human care to the science of unit care. *Research, Society and Development*. 2020;9(9).
60. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza V de A, Kalinowski LC. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):213-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>.
61. Dias TKC, Reichert AP da S, Evangelista CB, Batista PS de S, Buck EC da S, França JRF de S. Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. *Esc Anna Nery*. 2023;27. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0512pt>.
62. Manuel DS, et al. A espiritualidade no cuidado paliativo em insuficiência cardíaca, à luz da Teoria de Jean Watson. *Revista Pró-UniverSUS*. 2019;10(2):64-69.



63. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. The Joanna Briggs Institute; 2024.
64. Souza VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34.
65. Tricco AC, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.
66. Peters MD, et al. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. The Joanna Briggs Institute; 2020. Doi: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
67. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. Doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
68. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia científica. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2018.
69. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6th ed. São Paulo: Atlas; 2018.
70. Hernández-Sampiere R, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5th ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
71. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2016.
72. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ACNP. Análise situacional e recomendações da ANCP para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP; 2018.
73. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 4th ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas; 2017.
74. Deslandes S, Coutinho T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(11).
75. Salvador PTC, et al. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190297:1-13.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.



77. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
79. Zaccarelli LM, Arilda SG. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. Caderno EBAPE.BR. 2010;8(3).
80. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
81. Silva MR, Barbosa MAS, Lima LGB. Uses and methodological possibilities for qualitative studies in administration: exploring the thematic analysis. Rev Pensamento Contemporâneo em Administração. 2020;14(1):111-23.
82. Souza VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enfermagem. 2021;34.
83. Soares SSS, et al. Pandemia de Covid-19 e a semana de enfermagem: análise a partir do software Iramuteq. Revista Brasileira de Enfermagem. 2022;75(Suppl 1).
84. Watson J. Unitary Caring Science – The Philosophy and Praxis of Nursing. Louisville, Colorado: University Press of Colorado; 2018.
85. Sousa YSO. O Uso do Software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para Pesquisas Qualitativas. Estud Pesqui Psicol. 2021;21(spe):1541-1560. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.64034>.
86. Silva e Sousa ADR, Silva LF, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):531-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0121>.
87. França JRFS, et al. Vivência de crianças com câncer sob assistência paliativa em uma casa de apoio. REME. 2017;21. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170075>.
88. Heidegger M. Ser e Tempo – Parte I. 15th ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
89. Diogo PMJ, et al. Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. Rev Bras Enferm. 2021;74(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>.



90. Buck ECS, et al. Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:682-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9489>.
91. Martins AR, et al. Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in Portuguese palliative care nurses. *Rev Enferm Referência*. 2015;4:89-97.
92. Kostak MA, Akan M. Cuidados paliativos para crianças em período terminal. *Turkish Journal of Oncology*. 2011;26(4):182+. Gale Academic OneFile.
93. Alvarenga WA, et al. How to Talk to Children and Adolescents With Cancer About Spirituality? Establishing a Conversation Model. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2021;38(2):116-30. Doi: 10.1177/1043454220975703.
94. Asadzandi M, et al. Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2021;23(3):279-83. DOI: 10.5114/fmpcr.2021.108189.
95. Bekui AAA, et al. Psychological and spiritual wellbeing of family caregivers of children with cancer at a teaching hospital in Ghana. *Int J Africa Nurs Sci*. 2020;13:100231. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100231>.
96. Bozkurt G, et al. Relationship Between Coping Strategies, Religious Attitude, and Optimism of Mothers of Children With Cancer. *J Transcult Nurs*. 2019;30(4):365-70. DOI: 10.1177/1043659618818714.
97. Buck ECS, Oliveira E de LN, Dias TCC, Silva MF de OC, França JRFS. Chronic Disease and Pediatric Palliative Care: Nurses' Knowledge and Practice In Light of Human Care. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)*. 2021;12:682-8. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9489>.
98. Santos GDFATF dos, et al. Palliative Care in Oncology: Nurses' Experience in Caring for Children in The Final Stages of Life. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)*. 2021;12:689-95. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9463>.
99. Ebrahimpour F, Hoseini ASS. Suggesting a Practical Theory to Oncology Nurses: Case Report of a Child in Discomfort. *J Palliat Care*. 2018;33(4):194-196. DOI: 10.1177/0825859718763645.



100. Elkins M, Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holist Nurs Pract*. 2004;18(4):179-84. DOI: 10.1097/00004650-200407000-00002.
101. Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric Palliative Care in Childhood Cancer Nursing: From Diagnosis to Cure or End of Life. *Semin Oncol Nurs*. 2010;26(4):205-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.003>.
102. Hart D, Schneider D. Spiritual care for children with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 1997;13(4):263-70. DOI: 10.1016/s0749-2081(97)80023-x. PMID: 9392035.
103. Garcia Jaramillo R, Monteiro PS, Silva Borges M. Religious/spiritual coping: a study with family caregivers of children and adolescents undergoing chemotherapy. *Cogitare Enfermagem*. 2019;24:10.5380/ce.v24i0.62297.
104. Murphy JM, Chin ED, Westlake CA, Asselin M, Brisbois MD. Pediatric Hematology/Oncology Nurse Spirituality, Stress, Coping, Spiritual Well-being, and Intent to Leave: A Mixed-method Study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2021;38(6):349-63. DOI: 10.1177/10434542211011061. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34077278.
105. Petersen CL, Callahan MF, McCarthy DO, Hughes RG, White-Traut R, Bansal NK. Um programa educacional online melhora o conhecimento, as atitudes e a competência em cuidados espirituais de enfermeiros de oncologia pediátrica. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(2):130-39. DOI: 10.1177/1043454216646542.
106. Poder TG, Lemieux R. How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature. *Glob J Health Sci*. 2013;6(2):112-27. DOI: 10.5539/gjhs.v6n2p112. PMID: 24576371; PMCID: PMC4825261.
107. Schneider MA, Mannell RC. Beacon in the storm: an exploration of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2006;29(1):3-24. DOI: 10.1080/01460860500523731. PMID: 16537278.
108. Silva TP da, Leite JL, Stinson J, Lalloo C, Silva ÍR, Jibb L. Estratégias de ação e interação para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica



- crônica. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003990017>.
109. Woodgate R. The 2002 Schering Lecture: Children's cancer symptom experiences: Keeping the spirit alive in children and their families. *Can Oncol Nurs J.* 2003;13:142-50. DOI: 10.5737/1181912x133142150.
 110. Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):437-40.
 111. Petersen CL. Spiritual Care: Minimizing the Vulnerability of Parents Whose Children With Cancer Face the End of Life. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2020;37(2):105-15. DOI: 10.1177/1043454219887509. Epub 2019 Nov 13. PMID: 31718403.
 112. Petersen CL. Spiritual care of the child with cancer at the end of life: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2014;70(6):1243-53. DOI: 10.1111/jan.12257. Epub 2013 Sep 16. PMID: 24102699.
 113. Cardoso AS, Moré CLO, Péres GM. Religiosidade e espiritualidade na perspectiva dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: uma revisão integrativa. *Rev Interfaces.* 2024;11(4):3260-67. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1220>.
 114. Toker K, Çınar F. Percepções de espiritualidade e cuidado espiritual de profissionais de saúde que trabalham em um hospital estadual. *Religiões.* 2018;9(10):312. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9100312>.
 115. Farinha FT, et al. Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. *Rev Bioét.* 2018;26(4):567-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264275>.
 116. Ienne A, Fernandes RAQ, Puggina AC. Does the spirituality of nurses interfere in the record of spiritual suffering diagnosis? *Escola Anna Nery.* 2018;22(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0082>.
 117. Guerrero-Castañeda RF, Chávez-Urías RA. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera e pessoa cuidada: reflexão em Watson. *Cultura de los Cuidados.* 2020;24(58). DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>.
 118. Santos GFATF, et al. Cuidados Paliativos em Oncologia: Vivência de Enfermeiros ao Cuidar de Crianças em Fase Final da Vida. *Rev Fun Care*



- Online. 2020;12:689-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9463>.
119. Watson J. Ciência do Cuidado Unitário: Teoria Transpessoal da Compaixão Caritas. *PensarEnf*. 2023;27(1):106-09. Disponível em: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.296>.
 120. Domingues EAR, Souza Antenor CR, Carvalho MRF, Carvalho AFS. Bem-estar espiritual do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar. *Rev Universidade Vale do Rio Verde*. 2018;16(3) edição Especial.
 121. Didomênico LSS, Rodrigues da Silva Carvalho A, Martins LK, Lordani TVA, Campos de Oliveira JL, Cadore Weis Maia M. Espiritualidade no cuidado em saúde e enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2019;89(27). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/456>.
 122. Andrade JV, Mendonça ET, Lins ALR, Ramos DHS. Autocuidado espiritual da equipe de enfermagem de um hospital oncológico. *R Pesq Cuid Fundam*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11068>.
 123. Fisher J. O Modelo dos Quatro Domínios: Conectando Espiritualidade, Saúde e Bem-Estar. *Religiões*. 2011;2(1):17-28. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel2010017>.
 124. Bagereka P, Ameli R, Sinaii N, et al. O bem-estar psicossocial-espiritual está relacionado à resiliência e à atenção plena em pacientes com doenças médicas graves e/ou limitantes da vida. *BMC Palliat Care*. 2023;22:133. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01258-6>.



Apêndices



APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DA REVISÃO DE ESCOPO

Indicadores de produção

<i>Identificação do estudo</i>	<i>Autoria</i>	<i>Periódico</i>	<i>Ano de publicação</i>

Indicadores metodológicos

<i>Objetivo do estudo</i>	<i>Delineamento</i>	<i>População e amostra</i>

Evidências científicas

<i>Cuidado espiritual de enfermagem realizados à criança com câncer e à sua família nos serviços de saúde</i>	<i>Principais resultados e conclusões sobre esse cuidado</i>



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família: olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson

Prezado(a) enfermeiro(a),

Convidamos você a participar da pesquisa sobre cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família. A pesquisa está sendo desenvolvida por mim, ELIANE CRISTINA DA SILVA BUCK, enfermeira paliativista e doutoranda do PPGEinf - UFPB, sob a orientação da Dr^a. JAEL RÚBIA FIGUEIREDO DE SÁ FRANÇA, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPB.

Os objetivos desta pesquisa são analisar, à luz da Teoria de Jean Watson, a praxe do cuidado espiritual dos enfermeiros assistenciais a crianças com câncer em cuidados paliativos e à sua família; mapear as evidências científicas sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família e propor intervenções de cuidado espiritual aos enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo *Clinical Caritas-Veritas*.

Este estudo não trará benefícios diretos a você a curto prazo, contudo sua participação poderá favorecer e fortalecer o saber de Enfermagem, bem como favorecer a formação a prática de enfermeiros, tendo em vista que contribuirá para o reconhecimento e a valorização da dimensão espiritual como passível de cuidados, principalmente no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos. Sua participação também ajudará a propor intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado espiritual, embasadas por um referencial teórico, com o intuito de nortear a atuação do enfermeiro e torná-la mais efetiva, resolutiva, respeitosa e holística. Ademais, possibilitará destacar o cuidado espiritual como uma atribuição da intrínseca da Enfermagem, fortalecer o processo de cuidar, elevar a qualidade da assistência, ampliar e aprofundar o campo de atuação e investigação científica da profissão no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração participando deste estudo, por meio de uma entrevista individual, na qual você responderá a algumas perguntas. Necessitarei gravar a entrevista para a captação mais fidedigna das ideias, e para isso, preciso de sua autorização. Destaco, contudo, que sua identidade será mantida em sigilo, ou seja, suas respostas e as informações coletadas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome, em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados serão divulgados em congressos e/ou revistas científicas.

Gostaria de ressaltar que sua participação na pesquisa é voluntária, logo, não haverá pagamento para sua participação nesta pesquisa. O(a) senhor(a) não terá gastos para participar deste estudo. Vale salientar que esta pesquisa não trará dano previsível à sua saúde, visto que sua participação consistirá em uma entrevista, contudo o (a) senhor (a) pode ficar chateado, triste ou ansioso com alguma pergunta, ou mesmo não a



conseguir entender. Se isso acontecer, estaremos à sua inteira disposição para explicá-la de uma forma que o (a) senhor (a) entenda. No caso de desistência, o (a) senhor (a) não terá qualquer tipo de prejuízo em relação à sua assistência prestada ao paciente.

Faz-se oportuno esclarecer que você não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pelas pesquisadoras, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não lhe acarretará qualquer tipo de prejuízo.

Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Desde já, agradecemos!

Aceito participar desta pesquisa intitulada “Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família: olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson”. Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro, para mim, quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimentos de dúvidas, sempre que eu precisar. Ficou claro que minha participação é voluntária e que não terei nenhum gasto para participar do estudo e que os dados obtidos na investigação serão divulgados em periódicos e eventos científicos.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Caso queira se comunicar conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, os endereços e os telefones são:

ELIANE CRISTINA DA SILVA BUCK.

Endereço: Rua Bancário José Alexandre de Farias, 658. Bancários, João Pessoa, Paraíba. CEP: 58.051-550

Telefone: (83) 98889-2796

E-mail: eliane.buck@academico.ufpb.br

JAEEL RÚBIA FIGUEIREDO DE SÁ FRANÇA

Endereço: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica, bloco Elefante Branco – 2º andar – Campus I. Cidade Universitária, João Pessoa/PB. CEP: 58.059-900

Telefone: (83) 99959-2123

E-mail: jaelrubia@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
(83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br



APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA DE CAMPO

**Cuidado espiritual à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família:
olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson.**

Codificação do participante: _____

DATA: ____/____/____

I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Dados pessoais

1.1 Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

1.2 Idade: _____

1.3 Estado Civil:

- ☐ Solteiro (a)
☐ Casado(a)
☐ União estável
☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo (a)

1.4 Filhos

- ☐ 0 (nenhum)
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou mais

1.5 Crença Religiosa

- ☐ Não professa religião
☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Espírita
☐ Outra. Especifique:

_____.

2. Dados acadêmicos e profissionais

2.1. Especialização

- ☐ Oncologia
☐ Pediatria
☐ Cuidados Paliativos
☐ Outra. Especifique

2.2. Cursos de capacitação

- ☐ Cuidados Paliativos
☐ Outros

2.3. Tempo de formação profissional:

2.4. Tempo de atuação em oncologia pediátrica:

2.5. Setor de atuação:

- ☐ Enfermaria
☐ Urgência
☐ UTI

2.6. Durante sua formação acadêmica e profissional, alguma vez foi discutido sobre cuidado espiritual?

- ☐ Sim
☐ Não



II. ROTEIRO DA ENTREVISTA:

1. O que você entende por espiritualidade/ cuidado espiritual?
2. Como você busca ou pratica sua espiritualidade?
3. Como você reconhece a necessidade de cuidados espirituais à criança com câncer em cuidados paliativos e à sua família?
4. Qual relação você atribui entre a espiritualidade e o cuidar da criança com câncer em Cuidados Paliativos e de sua família?
5. Conte-me como você realiza o cuidado espiritual à criança com câncer em Cuidados Paliativos e à sua família.



Anexos



ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO ESPIRITUAL À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUA FAMÍLIA: olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson

Pesquisador: Eliane Cristina da Silva Buck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50437021.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.932.844

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa de tese egresso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação da Profa Drª Jael Rúbia

Figueiredo de Sá França.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a praxe do cuidado espiritual dos enfermeiros assistenciais a crianças com câncer em cuidados paliativos e sua família, à luz da Teoria de Jean Watson.

Objetivo Secundário:

-Mapear as evidências científicas sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família; -Propor intervenções de cuidado espiritual aos enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo Clínico Caritas-Veritas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa desenvolvida com seres humanos ocasiona riscos, mesmo que ínfimos, o estudo proposto poderá oferecerá riscos considerados potenciais e previsíveis aos

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br



CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.932.844

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 28 de Agosto de 2021

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO ESPIRITUAL À CRIANÇA COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUA FAMÍLIA: olhar de enfermeiros assistenciais à luz da Teoria de Jean Watson

Pesquisador: Eliane Cristina da Silva Buck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50437021.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.309.144

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao protocolo de pesquisa de tese egresso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação da Profª Drª Jael Rúbia Figueiredo de Sá França.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a praxe do cuidado espiritual dos enfermeiros assistenciais à crianças com câncer em cuidados paliativos e sua família, à luz da Teoria de Jean Watson.

Objetivo Secundário:

-Mapear as evidências científicas sobre o cuidado espiritual na assistência de enfermagem à criança com câncer em cuidados paliativos e sua família;

-Propor intervenções de cuidado espiritual aos enfermeiros assistenciais direcionadas para a criança com câncer e sua família, a partir dos elementos contemplados no processo Clinical Caritas-Veritas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo proposto poderá oferecerá riscos considerados potenciais e previsíveis aos participantes,

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.309.144

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_190964_7_E1.pdf	08/03/2022 15:20:53		Aceito
Outros	emendaProjTese.pdf	08/03/2022 15:15:28	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemenda.pdf	08/03/2022 15:14:55	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Cronograma	CronogramaEmenda.pdf	08/03/2022 15:14:43	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	4ProjetoTeseEmenda.pdf	08/03/2022 15:14:15	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Outros	9TermoDeCompromisso.pdf	03/08/2021 10:46:15	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Outros	8Instrumento.pdf	03/08/2021 10:45:47	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Orçamento	6Orçamento.pdf	03/08/2021 10:44:54	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Outros	3CartadeAnuencialInstitucional.pdf	29/07/2021 15:26:18	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Outros	2_Certidao_PPGENf.pdf	29/07/2021 15:25:03	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito
Folha de Rosto	1FolhadeRostoAssinada.pdf	29/07/2021 15:20:25	Eliane Cristina da Silva Buck	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 24 de Março de 2022

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

