

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003990017>

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E INTERAÇÃO PARA O CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DOR ONCOLÓGICA CRÔNICA¹

Thiago Privado da Silva², Joséte Luzia Leite³, Jennifer Stinson⁴, Chitra Lalloo⁵, Ítalo Rodolfo Silva⁶, Lindsay Jibb⁷

¹ Artigo extraído da tese - Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crônica, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2016.

² Doutor em Enfermagem. EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: thiagopsilva87@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: joluzia@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora, *University of Toronto*. Toronto, Canadá. E-mail: jennifer.stinson@sickkids.ca

⁵ Doutor em Ciências Médicas. Professora, *University of Toronto*. Toronto, Canadá. E-mail: chitra.lalloo@sickkids.ca

⁶ Doutor em Enfermagem. Professor do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFRJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: enf.italo@hotmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Professor, *University of Ottawa*. Ottawa, Canada. E-mail: lindsay.jibbs@sickkids.ca

RESUMO

Objetivo: discutir, a partir do referencial da complexidade, as estratégias de ação e interação adotadas pelos profissionais de saúde para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica.

Método: pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com base no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados e no referencial teórico do Pensamento Complexo, na perspectiva de Edgar Morin. A entrevista semiestruturada e a observação não participante foram utilizadas para a coleta de dados. Participaram da pesquisa 21 profissionais de saúde, os quais foram organizados em três grupos amostrais: enfermeiros; técnicos de enfermagem; e profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Os resultados da pesquisa foram validados por cinco examinadores, dos quais três apresentam *expertise* no método de pesquisa.

Resultados: a categoria “Lidando com a complexidade do contexto gerencial de cuidado à criança com dor oncológica crônica”, por meio de suas subcategorias, revelou que os profissionais de saúde utilizam o lúdico, o diálogo, a empatia, a relação afetiva e o trabalho em equipe como estratégias de interação para cuidar da criança e do familiar. Ademais, os resultados apresentam a busca da espiritualidade e do equilíbrio emocional como estratégias de ação necessárias para lidar com o sofrimento infantil e familiar.

Conclusão: os resultados revelam a necessidade de os profissionais de saúde estabelecerem estratégias de ação que melhorem a sua interação com a criança e com o familiar, posto que uma efetiva interação facilita o processo de avaliação e manejo da dor, bem como viabiliza a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

DESCRIPTORIOS: Cuidado da criança. Relações interpessoais. Estratégias. Dor crônica. Neoplasias.

ACTION AND INTERACTION STRATEGIES FOR THE CARE OF HOSPITALIZED CHILDREN WITH CHRONIC CANCER PAIN

ABSTRACT

Objective: to discuss, from the complexity underpinning, the action and interaction strategies adopted by healthcare professionals for the care of hospitalized children with chronic cancer pain.

Method: qualitative approach research, performed based on the methodological underpinning of the Grounded Theory and on the theoretical underpinning of the Complex Thought, from the perspective of Edgar Morin. The semi-structured interview and the non-participant observation were used to collect data. A total of 21 health professionals were included in the research and they were organized into three sample groups: nurses; nursing technicians; and professionals of the multiprofessional healthcare team. The results of the research were validated by five examiners, three of whom present expertise in the research method.

Results: the category “Dealing with the complexity of the managerial context of the care provision to children with chronic cancer pain to children with chronic cancer pain”, through its subcategories, showed that healthcare professionals use the playful activities, the dialogue, the empathy, the affective relationship, and the teamwork as interaction strategies to provide care to the child and the family. In addition, the results present the search for spirituality and emotional balance as action strategies that are necessary to deal with child and family suffering.

Conclusion: the results present the need for healthcare professionals to establish action strategies that improve their interaction with the child and their relatives, since an effective interaction makes the process of assessment and management of pain easier, as well as it favors the continuity and the quality of the care provided.

DESCRIPTORS: Child care. Interpersonal relations. Strategies. Chronic pain. Neoplasms.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN E INTERACCIÓN PARA EL CUIDADO AL NIÑO HOSPITALIZADO CON DOLOR ONCOLÓGICA CRÓNICA

RESUMEN

Objetivo: discutir, a partir del referencial de la complejidad, las estrategias de acción e interacción adoptadas por los profesionales de salud para el cuidado al niño hospitalizado con dolor oncológico crónico.

Método: investigación de abordaje cualitativo, realizada con base en el referencial metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos y en el referencial teórico del Pensamiento Complejo, en la perspectiva de Edgar Morin. La entrevista semiestructurada y la observación no participante se utilizaron para la recolección de datos. Participaron de la investigación 21 profesionales de salud, los cuales fueron organizados en tres grupos muestrales: enfermeros; técnicos de enfermería; y profesionales del equipo multiprofesional de salud. Los resultados de la investigación fueron validados por cinco examinadores, de los cuales tres presentan experiencia en el método de investigación.

Resultados: la categoría "Lidiando con la complejidad del contexto gerencial de cuidado al niño con dolor oncológico crónico", por medio de sus subcategorías, reveló que los profesionales de salud utilizan el lúdico, el diálogo, la empatía, la relación afectiva y el trabajo en equipo como estrategias de interacción para cuidar del niño y del familiar. Además, los resultados presentan la búsqueda de la espiritualidad y del equilibrio emocional como estrategias de acción necesarias para lidiar con el sufrimiento infantil y familiar.

Conclusión: los resultados revelan la necesidad de que los profesionales de salud establezcan estrategias de acción que mejoren su interacción con el niño y con el familiar, puesto que una efectiva interacción facilita el proceso de evaluación y manejo del dolor, así como viabiliza la continuidad y la calidad del cuidado prestado.

DESCRIPTORES: Cuidado del niño. Relaciones interpersonales. Estrategias. Dolor crónico. Neoplasias.

INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais comuns vivenciados pela criança com câncer e que mais gera sofrimento. A dor oncológica pode ter como causas: a presença de uma doença subjacente, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a própria progressão da doença.¹⁻³ Nessa conjuntura, a Organização Mundial da Saúde revela que, nos países em desenvolvimento, onde muitas crianças apresentam o câncer em estado avançado e poucas têm acesso a um tratamento efetivo, a dor oncológica está relacionada à progressão da doença. Nos países desenvolvidos, a dor oncológica na infância está relacionada ao tratamento e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.⁴

A dor oncológica pode se manifestar na criança como aguda ou crônica. A dor aguda surge como resultado de uma lesão tecidual e tende a desaparecer quando o ferimento cicatriza. Por outro lado, a dor crônica é contínua (persistente) ou recorrente (episódica) e persiste além do tempo normal esperado.⁴ A Sociedade Americana de Dor ressalta que enquanto a primeira é geralmente autolimitada, em alguns pacientes, a dor persiste além do tempo de cura esperado (arbitrariamente definido > 3-6 meses) e evolui para dor crônica.⁵

Um estudo⁶ revelou que 52% das crianças com leucemia apresentaram dor crônica ao longo do seu tratamento. Esse resultado é importante, pois a Organização Mundial de Saúde⁴ ressalta que a presença de dor crônica em crianças com doença crônica, como por exemplo, o câncer, pode afetar negativamente vários aspectos da vida infantil, incluindo a prática de atividades físicas, frequência

escolar, padrão de sono, interação familiar, relações sociais, humor, entre outros aspectos. A esse respeito, o estudo supracitado⁶ identificou que as crianças que manifestaram dor oncológica crônica apresentaram dificuldades nos âmbitos: extracurricular (16,7%), doméstico (14,6%), social (12,6%) e acadêmico (12,5%), assim como no sono (12,6%).

Desse modo, compreende-se que a dor oncológica crônica é um fenômeno complexo, visto que condiciona vários aspectos da vida humana. Por esse olhar, a natureza multidimensional da dor oncológica crônica impõe pensar nos aspectos espiritual, biológico, social e psicológico como unidades interdependentes que constituem um todo complexo, entendido neste estudo como dor total, conceito elaborado pela inglesa Cicely Saunders para se referir à dor de pacientes com doença avançada.⁷ Essa perspectiva está alinhada com o Pensamento Complexo de Edgar Morin, o qual postula que a complexidade repousa em toda rede de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados.⁸ Assim, o Pensamento Complexo se revela importante para o estudo da dor oncológica crônica na infância, não somente devido à natureza multidimensional da dor, mas também porque a sua complexidade demanda uma avaliação e um manejo de âmbito interprofissional.

A avaliação e o manejo efetivo da dor oncológica crônica dependem da qualidade dos processos interativos, os quais devem ser desenvolvidos pelos profissionais de saúde, por meio de estratégias de ação que facilitem a sua aproximação, a obtenção de confiança e a construção de vínculos com a criança e com o familiar. O estabelecimento de estratégias também é importante para lidar com as múltiplas desordens que emergem dos relacionamentos inter-

peçoais e interprofissionais no cuidado à criança com dor oncológica crônica.

Apesar de haver afirmações que defendem uma abordagem multiprofissional à criança com dor oncológica crônica, pouco se sabe sobre como os profissionais de saúde interagem com a criança hospitalizada e com o familiar e quais estratégias de interação e ação eles utilizam para realizar o cuidado.^{6,9-11} Diante da lacuna evidenciada, o presente estudo se revela necessário, pois tem como objetivo discutir, a partir do referencial da complexidade, as estratégias de ação e interação adotadas pelos profissionais de saúde para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, ancorado no referencial metodológico da *Grounded Theory* (GT), em português, Teoria Fundamentada nos Dados, e no referencial teórico do Pensamento Complexo, na perspectiva de Edgar Morin. A escolha pelo método da *Grounded Theory* para a compreensão do objeto em tela se deve ao interesse em produzir um conteúdo conceitualmente teorizado e enraizado nos dados qualitativos da pesquisa, o que viabiliza conhecer o fenômeno de forma mais densa, considerando os aspectos subjacentes à ele relacionados. Por outro lado, o uso do Pensamento Complexo é justificado pela necessidade de explorar a multidimensionalidade da dor oncológica crônica e a complexidade da abordagem multiprofissional prestada à criança que vivencia esse fenômeno.

Os dados foram coletados entre agosto de 2014 e junho de 2015, por meio de entrevista semiestruturada e observação não participante, as quais foram realizadas com profissionais de saúde lotados na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. A Unidade de Internação Pediátrica contém 13 leitos, sendo um destinado para a criança em isolamento de contato. Nesse contexto, os principais diagnósticos das crianças hospitalizadas são: leucemia, linfoma e doença falciforme.

Os participantes do estudo foram organizados em três grupos amostrais, conforme o recurso da amostragem teórica,¹² a saber: o primeiro grupo amostral foi composto por sete enfermeiros; o segundo grupo amostral foi composto por sete técnicos de enfermagem; e o terceiro e último grupo amostral foi composto por outros sete profissionais de saúde, sendo duas médicas, duas fisioterapeutas, uma assistente social, uma psicóloga e uma farma-

cêutica. Todos os participantes se enquadraram nos critérios de inclusão: ter experiência mínima de um ano no cuidado à criança oncológica, e esse mesmo período de vinculação profissional à instituição. Foram excluídos os profissionais de saúde que estavam de licença ou de férias.

É importante ressaltar que, inicialmente, o único grupo amostral delimitado para essa pesquisa foi o primeiro, o qual foi composto por enfermeiros. Entretanto, uma das características do método de pesquisa adotado é a capacidade de, no decurso analítico dos dados, surgirem hipóteses que possam direcionar para outros grupos amostrais, conforme a necessidade de elucidação do objeto de pesquisa. Isso só é possível porque, com esse método, os dados são coletados e analisados concomitantemente.

A análise das entrevistas realizadas com os enfermeiros possibilitou reflexões que subsidiaram a formulação da seguinte hipótese/pressuposto: o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crônica apresenta interfaces/interdependências com diferentes disciplinas e profissões; logo, a complexidade desse fenômeno não se limita à atuação do enfermeiro, mas engloba, como necessidade, uma teia de interações com técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como com a equipe multiprofissional de saúde, haja vista a importância, participação e influência desses profissionais no processo de trabalho do enfermeiro. Por essa razão, houve a necessidade de expandir a coleta de dados para os demais profissionais de saúde, a fim de melhor compreender como acontecem as relações de cuidado e quais estratégias de interação são estabelecidas pelos profissionais de saúde para o cuidado à criança com dor oncológica crônica. As entrevistas com todos os participantes foram gravadas, posteriormente transcritas, e tinham como questão norteadora: conte-me quais são as principais estratégias de interação que você utiliza para cuidar da criança com dor oncológica crônica?

A coleta de dados foi finalizada quando se obteve a saturação teórica,¹² momento em que os novos dados coletados já não estavam alterando em consistência e densidade teórica os conceitos construídos. A observação não participante foi realizada em cinco ocasiões, durante o período diurno, conforme a disponibilidade do pesquisador; após a análise dos discursos dos entrevistados e totalizou 54 horas. Os conteúdos foram registrados em notas de observação e se relacionavam aos comportamentos, atitudes, ações e estratégias de interação para o trabalho em equipe e para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica.

O processo de análise comparativa dos dados ocorreu mediante as seguintes etapas de codificações: aberta, axial e seletiva.¹² Na codificação aberta, os dados foram codificados linha por linha, gerando os códigos preliminares que, por sua vez, após serem agrupados por similaridades de sentido, deram origem aos códigos conceituais. Os códigos conceituais foram comparados entre si e organizados por similaridades, originando as categorias e as subcategorias.

Na codificação axial, as categorias foram relacionadas entre si e entre suas subcategorias, a fim de determinar suas propriedades e dimensões. Nesse momento da análise, foi utilizada uma ferramenta analítica denominada de Modelo Paradigmático, que possibilitou a reunião/ordenação/integração das categorias previamente elaboradas, favorecendo o surgimento do fenômeno central do estudo, ocorrido na etapa de codificação seletiva. Nessa última etapa, também foi realizada a validação dos resultados.¹² Tal processo ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016 e contou com a participação de cinco validadores, sendo: três pesquisadores da área da Enfermagem com *expertise* na *Grounded Theory* e/ou em pesquisa na área da Gerência em Enfermagem e duas enfermeiras assistenciais do primeiro grupo amostral do presente estudo. Destaca-se que a seleção dos validadores ocorreu por conveniência. Aliado ao processo de codificação, foram realizados memorandos e diagramas que auxiliaram a análise teórica dos dados.⁸

Salienta-se que a coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante, sob o Parecer de nº 355/14, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o Parecer de nº 816.736 e CAAE nº 32795514. 8. 0000. 5238. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, as falas dos enfermeiros estão identificadas pela letra E; as dos técnicos de enfermagem pela letra T; as das médicas pela letra M; as da farmacêutica pelas letras FC; as da psicóloga pela letra P; as das fisioterapeutas pelas letras FS; e as da assistente social pelas letras AS. Todas estão seguidas por um algarismo que se refere à ordem das entrevistas em cada grupo amostral (E1, T1, M1).

RESULTADOS

Do total de 21 participantes do estudo, apenas um é do sexo masculino e compõe o primeiro

grupo amostral. Nesse mesmo grupo, o tempo de experiência no cuidado à criança oncológica variou entre um e treze anos. No segundo grupo amostral, considerando o mesmo item, houve uma variação entre um e dois anos. Já no terceiro grupo amostral, as hematopediatras apresentaram experiência que variou entre três e cinco anos. Nessa direção, as fisioterapeutas, bem como a psicóloga, apresentaram experiência de um ano e seis meses no cuidado à criança oncológica, enquanto que a assistente social referiu apresentar dois anos de atuação nesse mesmo cenário. Cumpre destacar que a farmacêutica que participou da pesquisa referiu não atuar de forma direta no cuidado à criança oncológica, haja vista sua responsabilidade em gerenciar a farmácia da instituição. No entanto, ela destacou que há dois anos trabalha em equipe com os profissionais de saúde da Unidade de Internação Pediátrica, subsidiando os fármacos capazes de promover o alívio da dor oncológica crônica.

O uso da *Grounded Theory*, como método de pesquisa qualitativa, possibilita a construção de uma matriz teórica/teoria capaz de explicar, de forma densa, um dado fenômeno. Por meio do Modelo Paradigmático,¹² as categorias são relacionadas entre si e podem se configurar como: condição causal, condição contextual, condição interveniente, estratégias de ação e interação e consequências. Essa configuração facilita a definição do fenômeno central da pesquisa, o qual foi definido “Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crônica: uma experiência de múltiplas interações”. O fenômeno central exposto apresenta como estratégia de ação e interação a categoria intitulada: “Lidando com a complexidade do contexto gerencial de cuidado à criança com dor oncológica crônica”, a qual é constituída por cinco subcategorias: “Utilizando o lúdico com múltiplas finalidades”; “Estabelecendo estratégias de interação com a criança com dor oncológica crônica”; “Estabelecendo estratégias de interação com o familiar”; “Trabalhando em equipe; e Lidando com o sofrimento infantil e familiar”.

Na subcategoria “Utilizando o lúdico com múltiplas finalidades”, foi compreendido que o lúdico se configura como importante estratégia de interação, cujos benefícios incluem: a redução do estresse, o fortalecimento da relação de confiança e a preparação da criança para o procedimento ao qual será submetida.

O lúdico faz a criança confiar mais em você. Quando ela vê você como um amigo e não como um carrasco, ela confia mais em você (E2). Quando você chega brincando,

tentando se aproximar, eles confiam mais em você [...] então, esse lado da brincadeira facilita a aproximação com a criança (T2). A criança fica mais relaxada, pelo menos a princípio, e o lúdico diminui um pouco o estresse da hospitalização (E5). Eu dou bichinho, dou bolinha, às vezes, eu procuro mostrar o que eu vou fazer, eu mostro a seringa que vou usar, dou um jelco sem agulha, peço para a criança fazer primeiro em mim e depois eu faço nela. Eu tento partir para uma questão mais lúdica (E6).

Ao favorecer a distração, o lúdico é utilizado nas relações de cuidado como estratégia de analgesia não farmacológica, ao passo que diminui a percepção da criança sobre a sua dor.

Eu uso o lúdico para tirar o foco do sofrimento (E2). Às vezes, eu brinco para amenizar a dor (E3). As brincadeiras ajudam muito no sentido de você conseguir distrair a criança e, assim, ela esquece um pouco o que está acontecendo (T2).

No âmbito do trabalho em equipe, o lúdico surgiu como estratégia de ação que visa: melhorar a interação entre o profissional e a criança, favorecer a participação da criança nos cuidados, realizar o exame físico e construir um significado sobre a experiência dolorosa.

A gente aproveita a brincadeira para examinar de forma séria para eles [crianças] se sentirem melhor (M1). Eu tento levar os cuidados para o lado mais lúdico. Tento brincar e estimular de forma que ela [criança] se interesse pelos cuidados (FS4). Muitas vezes, a criança não consegue colocar em palavras a sua dor, o seu sofrimento. E no brincar, ela conta uma estória. É um recurso que nos possibilita entender o que a criança está resgatando naquele momento. Nós realizamos o brincar como uma forma dela se comunicar, se expressar, simbolizar, construir um significado (P6). Eu vou brincando com as crianças e elas vão se soltando. Faço uma gracinha. Elas mostram os desenhos que elas fizeram e nós vamos interagindo (AS7).

Na subcategoria “Estabelecendo estratégias de interação com a criança com dor oncológica crônica”, foi compreendido que os profissionais de saúde utilizam outras estratégias para melhorar a sua interação com a criança, entre as quais, cumpre destacar: o diálogo e o estabelecimento de uma relação afetiva.

Eu pergunto o que ele está fazendo, converso com a criança e vou fazendo as perguntas, porque, caso contrário, as crianças não vão me responder nada (T4). Eu utilizo muito a conversa, porque, às vezes, a criança não gosta nem que você toque nela, então eu chego conversando, me apresento e falo que vou voltar para fazer a fisioterapia (FS5). Eu cuido dessas crianças com muito respeito, muito carinho, como se fossem meus filhos (E3).

Eu tento cuidar da melhor forma possível, falo que os amo, faço tudo (T5).

No diálogo com a criança, há uma preocupação do profissional de saúde em fazer com que ela entenda a mensagem que está sendo transmitida. Nessa conjuntura, os profissionais usam uma linguagem com vocabulário apropriado à idade da criança.

A abordagem é a mais próxima da linguagem da criança (E1). Eu procuro usar a mesma linguagem que ela [criança] (T2). Você tem que explicar de um jeito que ela [criança] entenda que está doente e, por isso, ela precisa ficar internada; e que a medicação para a dor oncológica crônica é importante (M2).

Em “Estabelecendo estratégias de interação com o familiar”, foi compreendido que a empatia e o diálogo são utilizados pelos profissionais de saúde como estratégias para melhorar a sua interação com o familiar da criança hospitalizada com dor oncológica crônica. A empatia é valorizada, ao permitir a compreensão do comportamento e sentimentos do familiar, enquanto que o diálogo é usado para conquistar a confiança, fazer esclarecimentos e gerenciar conflitos.

Eu falo muito isso para a minha equipe: vamos tentar se colocar no lugar da família. A pessoa tinha uma vida igual à nossa e, de repente recebe o diagnóstico e acabou o chão (E4). Eu procuro sempre conversar com elas [mães]. Eu acordo elas na madrugada para dizer que estou fazendo antibiótico, analgésico, porque, a partir disso, eu passo confiança para elas (T5). Eu procuro acalmar a mãe, converso com ela, eu explico para ela que a dor oncológica crônica, por mais que a gente dê um medicamento, ela não vai sumir, ela vai só amenizar e que é assim mesmo, mas com todo carinho, atenção, para elas não se sentirem tão sozinhas (E3). Em relação à mãe, a gente sempre conversa. Todos os problemas com a mãe são resolvidos com a conversa (T4).

Uma das estratégias de ação usadas pelos profissionais de saúde na relação com o familiar consiste em demonstrar interesse em conhecê-lo, como também em cuidar da criança com dor oncológica crônica.

Na maioria das vezes, elas [mães] se fecham porque você não dá um bom dia. Você não se comunica com elas. Você não demonstra interesse em saber como elas estão, por isso eu sempre tenho interesse em conversar com elas (T2).

Eu sempre demonstro interesse pelos filhos delas. Eu procuro ver o que está acontecendo com elas. Quando eu chego no plantão, elas falam: Ah! É você que está de plantão, que bom! (T5).

Na subcategoria *Trabalhando em equipe*, foi possível compreender como os profissionais de saúde se organizam para cuidar da criança hospitalizada com dor oncológica crônica e os significados que eles atribuem ao trabalho em equipe. Nesse sentido, o trabalho em equipe foi significado pelos profissionais de saúde como fundamental, pois favorece o planejamento e a implementação do cuidado, a interação interprofissional, subsidiando, desse modo, uma abordagem integral à criança hospitalizada com dor oncológica crônica.

O trabalho em equipe é essencial porque você garante um cuidado à saúde de forma integral (FC3). Eu acho fundamental o trabalho da equipe multidisciplinar porque a criança com dor oncológica crônica é vista de forma holística (T6). Quando nós trabalhamos em equipe, as coisas fluem melhor. Na verdade, não dá para você tratar a saúde em partes separadas. Quanto mais você interagir, é melhor (AS7).

Os profissionais de saúde caracterizaram o trabalho em equipe como estratégia de interação e ação necessária para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica. A seguir, ressaltam suas atribuições e competências no desenvolvimento do cuidado.

O enfermeiro quando passa a sua visita, ele já pergunta se a criança está com dor, o tipo de dor. E se a criança apresentar dor, ele faz as medidas necessárias, e o técnico de enfermagem também é estimulado a fazer esse tipo de questionamento [...] Nós gerenciamos recursos humanos, recursos materiais e o cuidado (E5). Primeiro, nós avaliamos a dor, depois nós prescrevemos o medicamento que deve ser administrado pelo profissional de enfermagem. Nós sempre iniciamos com um medicamento mais fraco e depois partimos para um mais forte. O tratamento é sempre individual (M1). O farmacêutico pode atuar sugerindo aos prescritores outras opções terapêuticas de maneira que o paciente não fique sem o medicamento (FC3). Eu acho o psicólogo um profissional fundamental [...] nós somos os profissionais de branco que vamos ouvir, que vamos facilitar essa comunicação, que vamos poder simbolizar esse sofrimento que é indescritível, que vai trazer o acolhimento à criança (P6). Eu acho a fisioterapia muito importante nos cuidados a essa criança porque você põe a criança para se mobilizar, para se movimentar um pouquinho (FS4). O trabalho do serviço social é voltado para os direitos do paciente, nesse caso, o direito do paciente com câncer. Então, nós trabalhamos com a orientação à família, e, às vezes, com a orientação à equipe, porque nem sempre o pessoal sabe de tudo (AS7).

Na subcategoria "Lidando com o sofrimento infantil e familiar", são apresentados os diferentes modos utilizados pelo profissional de enfermagem

para lidar com o sofrimento da criança e da família. Nessa conjuntura, a espiritualidade emergiu como estratégia para a resignação, bem como uma estratégia para acreditar que não haverá a piora do quadro clínico da criança.

Você precisa, também, de alguma coisa que justifique aquilo que você está presenciando, e você procura na sua crença o que pode justificar uma criança com uma doença sem cura (E4). Eu fico rezando para não acontecer nada de muito grave com a criança, porque a gente se apega a elas (E7).

Diante do sofrimento infantil e familiar, o profissional de enfermagem busca manter um equilíbrio emocional para lidar com esse contexto. Todavia, os resultados sinalizam que esse equilíbrio nem sempre é possível, especialmente diante do processo de morte da criança.

Eu não posso ser uma pessoa tão mole de ficar chorando. Então, eu faço o principal e o possível para evitar que a criança sofra. Nós não podemos ser uma pedra que é dura e não sente nada, mas aqui nós temos que ser fortes para podermos lidar com o sofrimento e tratar da melhor forma (E6). Na hora da crise, eu fico frágil emocionalmente, mas eu procuro não demonstrar aquilo que sinto porque eu sei que isso afeta a criança também (T1). Já tivemos vários óbitos onde eu chorei junto com a mãe porque não adianta! Você não consegue ser forte o tempo inteiro (T4).

Nas situações apresentadas, os profissionais de enfermagem reconhecem e valorizam a vulnerabilidade humana diante das doenças oncológicas e parecem potencializar essas experiências a partir da correlação que fazem com suas próprias famílias, em especial em decorrência do medo que sentem diante da possibilidade de vivenciarem essa realidade por outra perspectiva - o das mães das crianças oncológicas.

Eu reporto todas as situações ao meu filho. Eu fico achando que vai acontecer comigo, então eu não lido tão bem com isso não (E7). A gente pensa logo na nossa família. Eu trago sempre para minha vida (T4).

A subcategoria exposta revelou, portanto, que o sofrimento da criança e do familiar é uma característica do contexto oncológico pediátrico, o que demanda dos profissionais de enfermagem modos de enfrentamento que visem, sobretudo, lidar da melhor forma possível com a finitude humana.

DISCUSSÃO

As estratégias de ação e interação adotadas pelos profissionais de saúde para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica devem ser

desenvolvidas de forma contrária a pensamentos e intervenções isoladas. Desse modo, o pensamento complexo surge como eixo norteador do cuidado em saúde e de enfermagem, baseando-se no olhar contextual, interdisciplinar, objetivo e subjetivo para lidar com as incertezas⁸ imbuídas na dialógica saúde/doença e vida/morte da criança com câncer.

Diante do exposto, entre as estratégias apresentadas nos resultados, o lúdico emergiu como importante mecanismo de ação, que sob o olhar da complexidade, desloca o profissional de saúde do estado prosaico, racional-utilitário, para um estado de consonância, empatia e harmonia com o mundo,⁸ sem, com isso, desvincular o seu processo de trabalho do âmbito científico. Assim, o lúdico possibilita entrar no estado poético da vida, ao favorecer o uso da emoção, da afetividade e do espírito, como elementos que subsidiam abordagens objetivas no cuidado à criança com dor oncológica crônica. Na lente da complexidade, o estado poético pode ser alcançado na relação com o outro, na relação imaginária ou estética⁸, expressando, nesse sentido, a importância das interações, criatividade e alteridade no desenvolvimento do cuidado.

Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem utilizam o lúdico nas suas relações de cuidado com a criança com dor oncológica crônica, a fim de deixá-la mais calma, menos ansiosa, mais confiante e preparada para o procedimento ao qual será submetida. No cuidado à criança com dor, ressalta-se a importância de o profissional de saúde conquistar a confiança da criança, a fim de evitar que ela desenvolva uma memória negativa sobre a sua experiência dolorosa.¹³ Nesse sentido, é de responsabilidade do enfermeiro o desenvolvimento de uma relação de confiança com a criança, visto que essa relação pode deixá-la mais livre para expressar suas emoções, sem medo de ser rejeitada ou julgada.¹⁴

Em um estudo¹⁵ o lúdico também foi utilizado para a manutenção do conforto da criança com câncer. Desse modo, os profissionais de enfermagem organizam, planejam e implementam o cuidado utilizando técnicas lúdicas, como: brincar, contar histórias e cantar na hora dos procedimentos. Ademais, entre os benefícios do lúdico no cuidado à criança com câncer, estão: melhor adesão ao tratamento, fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a criança, bem como a aceitação dessa criança aos cuidados da equipe de saúde.¹⁶

No presente estudo, o lúdico foi também utilizado pelos profissionais de enfermagem como estratégia de analgesia não farmacológica da dor oncológica crônica, visto que promove a distração,

diminuindo, assim, a percepção da criança sobre a sua própria dor. No âmbito do trabalho em equipe, os demais profissionais de saúde empregam o lúdico com as seguintes finalidades: melhorar sua interação com a criança, obter sua atenção, realizar exame físico, bem como ajudá-la a construir um significado sobre a experiência da dor.

Por esse olhar, é possível destacar que o lúdico acalma a criança, a torna mais confiante no tratamento, menos agressiva; fortalece o vínculo com o profissional; proporciona bem-estar; promove distração; reduz sentimentos negativos, queixas de dor, náuseas e ansiedade; melhora o processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e a criança; e neutraliza o tédio.¹⁷⁻¹⁹

Na relação com a criança hospitalizada com dor oncológica crônica, os profissionais de saúde utilizam o diálogo e a afetividade como estratégias de interação, visto que favorecem a aproximação, o acolhimento, a compreensão e a humanização da assistência, evitando, desse modo, o isolamento social, a indiferença e a impessoalidade nas relações de cuidado. Na perspectiva da complexidade, compreende-se que tudo o que é humano comporta afetividade. Tal elemento permite a comunicação nas relações interpessoais, a simpatia e a empatia com outro, o que maximiza a possibilidade de uma compreensão mútua. Logo, a afetividade está intimamente ligada à ideia de sujeito e de intersubjetividade, na qual repousa a parte mais grandiosa, importante, rica e ardorosa da vida social.⁸

Em conformidade com o resultado desta pesquisa, estudo reforçou que a relação afetiva é uma importante estratégia de interação para o cuidado à criança hospitalizada em condição crônica.²⁰ O diálogo é fundamental no cuidado à criança hospitalizada com câncer avançado, pois permite que o enfermeiro converse com a criança e lhe explique o que será feito, favorecendo uma relação de confiança e de respeito mútuo.^{15,19}

Na relação com o familiar, os profissionais de saúde valorizam o diálogo e a empatia como estratégias para fortalecer o processo interativo. Ressalta-se que a comunicação entre o profissional de saúde e a família da criança em contexto onco-hematológico pode ser dificultada em períodos de crise, quais sejam: no momento do diagnóstico da doença, na recaída da doença e quando a criança se encontra em atenção paliativa.²¹ Nessa conjuntura, um estudo revelou que os familiares sentem a necessidade de uma comunicação aberta, acessível e esclarecedora com os profissionais de saúde no momento do diagnóstico da doença, visto que, algumas vezes,

eles não possuem o entendimento do que é dito pelos profissionais.¹⁵ Por essa razão, o diálogo aberto com a família da criança com câncer, sobretudo em momentos difíceis, como é o enfrentamento da dor oncológica crônica, deve ser valorizado no planejamento do cuidado da equipe multiprofissional de saúde, em especial da enfermagem, por apresentar um maior contato com a criança. Por meio do diálogo, os profissionais de saúde podem envolver a família na avaliação e manejo da dor oncológica crônica para obter melhores resultados.⁴

No que concerne à empatia, dois estudos supracitados^{15,20} identificaram que o estabelecimento de uma relação empática com a família da criança hospitalizada com câncer avançado é importante para o atendimento das necessidades da família e da criança. Desse modo, a empatia pode se apresentar como condição facilitadora do processo interativo entre o profissional de enfermagem e a família da criança hospitalizada em condição crônica, corroborando com os achados na literatura.²²

Os profissionais de enfermagem referiram demonstrar interesse em conhecer melhor o familiar, bem como em cuidar da criança, a fim de conquistar a confiança do familiar no seu processo de trabalho. A esse respeito, verifica-se a importância de os pais de crianças com dor crônica valorizarem o interesse dos profissionais de saúde no tratamento de seus filhos, pois isso contribui para gerar um sentimento de satisfação no trabalho da equipe. Como consequência, altos índices de satisfação parental têm importante correlação com a adesão da criança ao tratamento e com a redução de ocorrências de crises algicas.²³

O trabalho em equipe se configurou como estratégia de interação e ação para o cuidado, ao passo que é uma forma de articular ações, integrar os agentes, superar o isolamento dos saberes e democratizar as relações de trabalho.²⁴ Tal forma está relacionada à ideia de complexidade, pois comporta em si mesma uma relação de complementaridade e de interdependência entre os diversos saberes e práticas que permeiam o cuidado.

No âmbito do trabalho em equipe, verifica-se que cada profissional detém um saber especializado que complementa o saber do outro profissional. Assim, a colaboração entre os profissionais de saúde se faz necessária para promover um cuidado de alto nível à criança com dor oncológica crônica, como também para proporcionar uma educação em saúde adequada para os pacientes oncológicos com dor crônica.^{14,25}

Nessa perspectiva de trabalho, o psicólogo

emergiu como profissional que acolhe e ajuda a criança a simbolizar sua dor oncológica crônica, por meio dos significados atribuídos à sua experiência dolorosa. O farmacêutico está envolvido no manejo da dor oncológica crônica, ao passo que oferece o suporte farmacológico à equipe de enfermagem, bem como à equipe médica. Os médicos são os profissionais que prescrevem os medicamentos e que definem o diagnóstico e o tratamento mais adequado à criança oncológica. Já o fisioterapeuta foca na promoção da qualidade de vida, por meio da reabilitação das regiões afetadas pela dor oncológica crônica. O enfermeiro e os técnicos de enfermagem são os profissionais que desenvolvem o cuidado de enfermagem, ficando o primeiro também responsável por gerenciar a Unidade de Internação Pediátrica como um todo. Por sua vez, o assistente social é o profissional responsável por garantir os direitos da criança e de sua família. Ressalta-se que os serviços de todos esses profissionais se complementam na teoria e na prática, e juntos agregam qualidade e complexidade à assistência prestada.

Estratégias de enfrentamento são estabelecidas pelos profissionais de enfermagem para lidar com o sofrimento infantil e familiar, como também para lidar com o processo de morte e o morrer da criança oncológica. Nesse sentido, a espiritualidade emergiu como estratégia para alcançar a resignação e para acreditar na estabilidade clínica da criança. Corroborando com esse resultado, um estudo identificou que profissionais de enfermagem adotaram a espiritualidade como estratégia de enfrentamento para o cuidado de si e para o cuidado à criança hospitalizada em condição crônica.²⁰

Os profissionais de enfermagem se esforçam para manter suas emoções equilibradas, a fim de evitar que a criança perceba o seu sofrimento. Quando a criança se encontra próxima da morte, os profissionais de enfermagem assumem não conseguir conter a emoção e sofrem com a proximidade do luto. Um estudo revelou que diante do risco iminente de morte da criança, o profissional de enfermagem vivencia o sofrimento, envolvendo-se com a dor da família, mantendo-se ao lado dela e oferecendo apoio e consolo.²⁶

O esforço profissional para se manter equilibrado emocionalmente revela que, por trás da figura profissional, existe um ser humano que se envolve e também sofre nas relações de cuidado. Desse modo, é difícil para o enfermeiro que atua em contexto oncológico pediátrico identificar quando o seu envolvimento vai além da fronteira profissional. Os longos períodos de hospitalização, as frequentes

crises e as relações de carinho entre o profissional e a criança estão entre as razões pelas quais os limites profissionais são sobrepostos no cuidado à criança oncológica.²⁷

Inclusive, ao testemunhar o intenso sofrimento da criança hospitalizada com dor oncológica crônica, os profissionais de enfermagem referiram se reportar aos seus familiares. Assumiram também apresentar medo de vivenciar tal circunstância com seus entes queridos. Tal situação, se não for bem gerenciada, pode gerar sofrimento psíquico e desgaste físico no profissional, contribuindo para o surgimento de doenças como o estresse, a depressão e a ansiedade.

A esse respeito, revela-se a dificuldade da equipe de enfermagem para enfrentar a morte da criança com câncer avançado, a importância de formação e de capacitação profissional para desenvolver cuidados paliativos e a necessidade de articulação entre o processo de trabalho e a saúde do trabalhador.¹⁵ Tais circunstâncias reforçam o contexto onco-hematológico pediátrico como complexo e colocam em destaque o imperativo de que o profissional de saúde possua conhecimento teórico-prático e preparo emocional para lidar com as especificidades desse cenário.

As estratégias de ação e interação apresentadas revelaram que a atuação dos profissionais de saúde no cuidado à criança com dor oncológica crônica e ao seu familiar estão pautadas em competências éticas, subjetivas e relacionais que visam atenuar o sofrimento do binômio criança/família, valorizando o sofrimento humano como uma construção multidimensional, constituído pelos seguintes componentes: físico, espiritual e emocional.²⁸ De modo similar, a dor oncológica crônica da criança precisa ser avaliada e gerenciada como dor total, a qual contempla, além do componente físico, o espiritual, o psicológico e o social.⁷

A partir das estratégias de ação e interação apresentadas, é possível sugerir que o cuidado à criança com dor oncológica crônica está sendo desenvolvido por meio de atitudes que visam atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais da criança e de sua família. Ressalta-se, portanto, que o estabelecimento de estratégias de ação e interação deve ser amplamente desenvolvido pelos profissionais de saúde, a fim de garantir, de forma contextualizada, um efetivo processo de avaliação e manejo da dor oncológica crônica.

O presente estudo apresenta como limitação a generalização dos resultados, pois eles revelam especificidades contextuais pertencentes a uma

única instituição do município do Rio de Janeiro. Por essa razão, encoraja-se o desenvolvimento de estudos com essa vertente, a fim de fortalecer ou refutar os seus achados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo favoreceram a discussão das diferentes estratégias de ação e interação adotadas pelos profissionais de saúde para o cuidado à criança hospitalizada com dor oncológica crônica. Os achados revelaram modos de enfrentamento adotados pelos profissionais de saúde para lidar com os desafios que emergem de seus relacionamentos interpessoais e interprofissionais nas relações de cuidado.

Por conseguinte, é possível que as estratégias de interação e ação apresentadas ofereçam pistas sobre como a dor oncológica crônica da criança pode ser abordada pela equipe multiprofissional de saúde. Nessa direção, a compreensão dos resultados revela a importância de os profissionais de saúde estabelecerem estratégias de ação que melhorem a sua interação com a criança e com o familiar, posto que uma interação efetiva facilita a avaliação e o manejo da dor oncológica crônica, bem como viabiliza a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

1. Beretta S, Polastri D, Clerici CA, Casanova M, Cefalo G, Ferrari, A, et al. End of life in children with cancer: experience at the pediatric oncology department of the istituto nazionale tumori in Milan. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 22]; 54(1):88-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19760770>
2. Van Cleve L, Muñoz CE, Savreda M, Riggs M, Bosset E, Grant M, et al. Symptoms in children with advanced cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]; 35(2):115-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21760496>
3. Rodrigues AJ, Bushatsky M, Viaro WD. Cuidados paliativos em crianças com câncer: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 22]; 9(2):718-30. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10392/11150>
4. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf
5. American Pain Society (APS). Assessment and management of children with chronic pain [Internet].

- 2012 [cited 2017 Feb 22]. Available from: <http://www.americanpainsociety.org/uploads/pdfs/aps12-pcp.pdf>
6. Fortier MA, Wahi A, Bruce C, Maurer EL, Stevenson R. Pain Management at home in children with cancer: a daily diary study. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 61(6):1029-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24376073>
 7. Schute C. The challenges of cancer pain assessment and management. *Ulster Med J* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 22]; 82(1):40-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632849/>
 8. Morin E. O método 5: a humanidade da humanidade. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2012.
 9. Afshan G, Bashir K. Cancer pain in children: a two-step strategy. *Anaesth Pain Intensive Care* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 18(1):106-10. Available from: <http://www.apicareonline.com/special-article-cancer-pain-in-children-a-two-step-strategy/>
 10. Batalha LMC, Fernandes AM, Campos C, Gonçalves AMPMPC. Pain assessment in children with cancer: a systematic review. *J Nurs Ref* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 22]; 4(5):119-27. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a14.pdf>
 11. Fortier MA, Wahi A, Maurer EL, Tan ET, Sender LS, Kain ZN. Attitudes regarding analgesic use and pain expression in parents of children with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]; 34(4):257-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322939>
 12. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
 13. Simons J. A proposed model of the effective management of children's pain. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 22]; 16(4):570-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.10.008>
 14. Neale KL. The fifth vital sign: chronic pain assessment of the adolescent oncology patient. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]; 29(4):185-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22797680>
 15. Silva MM, Vidal JM, Leite JL, Silva TP. Care strategies adopted by nurses in the care of hospitalized children with advanced cancer and in the self care. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 13(3):471-8. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19937>
 16. Depianti JRB, Silva LF, Carvalho AS, Monteiro ACM. Nursing perceptions of the benefits of ludicity on care practices for children with cancer: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 13(2):158-65. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4314>
 17. Nicola GDO, Freitas HMB, Gomes GC, Costenaro RGS, Nietzsche EA, Ilha S. Ludic care for hospitalized children: perspective of family caregivers and nursing staff. *J. Res.: Fundam Care*. Online [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 6(2):703-15. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3079/pdf_1269
 18. Lima KYN, Barros AG, Costa TD, Santos VEP, Vitor AF, Lira ALBC. Paly as a tool in nursing care for hospitalized children. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 18(3):747-51. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/959>
 19. Brannstrom CA, Norberg A. Children undergoing cancer treatment describe their experiences of comfort in interviews and drawings. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 31(3):135-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651546>
 20. Silva TP, Silva MM, Alcantara LM, Silva IR, Leite JL. Establishing action/interaction strategies for care delivery to hospitalized children with chronic conditions. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 22]; 19(2):279-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150037>
 21. Citak EA, Toruner EK, Gunes NB. Exploring communication difficulties in pediatric hematology: oncology nurses. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 22]; 14(9):5477-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24175845>
 22. Silva TP, Silva IR, Leite JL. Interactions in the management of nursing care to hospitalized children with chronic conditions: showing intervening conditions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 16]; 25(2):e1980015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001980015>
 23. Gorodzinsky AY, Tran ST, Medrano GR, Fleischman KM, Anderson-khan KJ, Ladwig RJ, et al. Parents' initial perceptions of multidisciplinary care for pediatric chronic pain. *Pain Res Treat* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]; 2012:791061. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22966428>
 24. Camelo SHH. Team working in hospital intitutions: in integrative revision. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 22]; 16(4):734-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.19977>
 25. Shepherd E, Woodgate R, Sawatzky J. Pain in children with central nervous system cancer: a review of the literature. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 22]; 37(4):318-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591796>
 26. Reis TLR, Paula CC, Potrich C, Padoim SMM, Bin A, Mutti CF, Bubadué RM. Relationships establishing by nurse professionals when caring for children with advanced cancer. *Aquichan* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 22]; 14(4):496-508. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3070/pdf>
 27. Hartlage HN. Exploring boundaries in pediatric

- oncology nursing. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 22]; 29(2):109-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22472484>
28. Delgado-guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, Cruz MDL, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manag* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 22]; 41(6):986-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402459>

Correspondência: Thiago Privado da Silva
Rua Afonso Cavalcanti, 275,
20211-110 - Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: thiagopsilva87@gmail.com

Recebido: 16 de maio de 2017
Aprovado: 08 de novembro de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY).