

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARIANA SANTOS DE SOUZA SILVA

**MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS:
PREVENÇÃO E CONTROLE.**

NATAL RN

2010

MARIANA SANTOS DE SOUZA SILVA

**MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS:
PREVENÇÃO E CONTROLE.**

**Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Enfermagem.**

**Orientador: Prof. Mariluce Oliveira de Araújo
(Ms.)**

NATAL RN

2010

MARIANA SANTOS DE SOUZA SILVA

**MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS:
PREVENÇÃO E CONTROLE.**

**Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Enfermagem.**

Aprovada em: ____ / ____ / 2010.

Profa. Mariluce Oliveira de Araújo (Ms.)

Orientador

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN

Prof. Osvaldo Góes Bay Júnior (Ms.)

Membro

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN

Profa. Cléa Maria da Costa Moreno (Ms.)

Membro

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN

Dedico essa monografia a Deus, meu Pai e Criador. A minha avó **Maria José de Brito** “*in memória*”, minha querida mãe **Aldecir de Souza** e, em especial, a minha tia **Adrina de Souza**, presentes em todos os momentos de minha vida e aos meus familiares pelo apoio e compreensão na busca dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a DEUS por me permitir a realização deste trabalho. Também, a todos os meus familiares que são meus pilares, minha base para tudo; amigos e colegas de classe.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Msc. Mariluce Oliveira de Araújo pela competência como orientadora e pelo incentivo e apoio demonstrados durante a realização deste trabalho.

Agradeço também a Profa. Kétsia Bezerra de Medeiros pelo incentivo à busca científica e crescimento profissional durante todo período acadêmico.

“Vamos rir, chorar e aprender. Aprender especialmente como casar Céu e Terra vale dizer, como combinar o cotidiano com o surpreendente, a imanência opaca dos dias com a transcendência radiosa do espírito, a vida na plena liberdade com a morte simbolizada como um unir-se com os ancestrais, a felicidade discreta nesse mundo com a grande promessa na eternidade. E, ao final, teremos descoberto mil razões para viver mais e melhor, todos juntos, como uma grande família, na mesma Aldeia Comum, generosa e bela, o planeta Terra”.

Leonardo Boff

RESUMO

Crianças e adolescentes submetidos a tratamento antineoplásico estão susceptíveis ao desenvolvimento de diversas alterações associadas à ação sistêmica dos agentes quimioterápicos antineoplásicos no organismo. Tais manifestações adversas comprometem o equilíbrio orgânico do paciente, resultando em perdas importantes no bem-estar bio-psicológico do indivíduo e de seus familiares. As manifestações estomatológicas decorrentes da quimioterapia antineoplásica são fenômenos comuns durante a o tratamento e que facilmente podem evoluir para condições severas; a prevenção e o manejo dessas alterações são de suma importância para evitar estas condições de severidade e prejuízos ao estado geral do paciente oncológico. Diante desse contexto, decidimos realizar uma pesquisa a fim de aprofundarmos o conhecimento sobre o assunto. Optou-se em utilizar um estudo do tipo exploratório e descritivo que segundo Gil (2008), o método exploratório objetiva proporcionar visão geral à cerca de determinado fato “problema em estudo”; o caráter descritivo oportuniza a descrição das características de determinado grupo envolvido no estudo. O objetivo foi descrever as ações preventivas e de controle para as manifestações estomatológicas associadas ao tratamento antineoplásico em crianças e adolescentes com câncer através da análise de prontuários de pacientes pediátricos submetidos a esta terapêutica. Foi observado que 72% dos pacientes utilizavam a quimioterapia antineoplásica como única modalidade terapêutica e, associado à outra modalidade terapêutica correspondeu a 18%. Identificou-se que, dos pacientes que utilizavam quimioterapia exclusiva ou associada à outra modalidade, 48% apresentavam alterações estomatológicas no período da pesquisa, sendo os vômitos o mais incidente (31,7%) seguido por dor (19,5%), náuseas (14,6%) e mucosite oral (14,6%), infecção (7,3%), diarreia (4,8%) e xerostomia (4,8%). Conclui-se que o enfermeiro preparado para lidar com essas manifestações oportuniza ao paciente e a todos os envolvidos no tratamento, melhor suporte para melhora qualidade de vida durante a transgressão do tratamento e através da redução da sintomatologia e até mesmo a prevenção desses efeitos deletérios através de cuidados de enfermagem específicos.

Palavras chave: Oncologia Pediátrica. Enfermagem Oncológica. Manifestações estomatológicas. Quimioterapia.

ABSTRACT

Children and adolescents undergoing anticancer treatment are susceptible to the development of several changes associated with the systemic action of anticancer chemotherapeutic agents in the body. Such adverse events compromise the organic balance of the patient, resulting in significant losses in the welfare of the individual biopsychological and their families. The oral manifestations resulting from cancer chemotherapy are common phenomena during the treatment and can easily develop into severe conditions, prevention and management of these changes are critical to prevent these conditions and severity of damage to the overall state of cancer patients. Given this context, we decided to conduct a survey to deepen the knowledge on the subject. We decided to use an explorative study and descriptive second Gil (2008), is the method aims to provide an exploratory overview of some specific fact "problem under study; the descriptive nature nurture a description of the characteristics of a particular group involved in the study. The objective was to describe the preventive and control to the oral manifestations associated with anticancer treatment in children and adolescents with cancer through the analysis of medical records of pediatric patients undergoing this therapy. It was observed that 72% of patients received the chemotherapy as the sole therapeutic modality and, together with another treatment modality corresponded to 18%. It was identified that, of patients using chemotherapy alone or combined with another modality, 48% showed changes in stomatological research period, being the most frequent vomiting (31.7%) followed by pain (19.5%), nausea (14.6%) and mucositis (14.6%), infection (7.3%), diarrhea (4.8%) and xerostomia (4.8%). It is concluded that the nurse prepared to handle such events provides an opportunity for the patient and all involved in treatment, better support for improved quality of life during treatment and transgression by reducing the symptoms and even prevent these deleterious effects through specific nursing care.

Keywords: Pediatric Oncology. Oncology Nursing. Oral manifestations. Chemotherapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Paciente com leucemia mieloblástica aguda (LMA) apresentando mucosite em lábio superior.	24
Figura 02	Mesmo paciente da figura 1 com lesão de mucosite em estágio mais avançado com a presença de ulceração e áreas esbranquiçadas.	24
Figura 03	Ulceração por mucosite em lábio superior em paciente portador de leucemia linfoblástica aguda (LLA).	24
Figura 04	Mesmo paciente da figura 3 exibindo regiões eritematosas e ulceradas em lábio inferior.	24
Quadro 01	Fatores que intervêm na aparição da anorexia no paciente oncológico.	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes segundo gênero.	29
Tabela 2	Distribuição dos pacientes femininos, segundo faixa etária.	29
Tabela 3	Distribuição dos pacientes masculinos, segundo faixa etária.	30
Tabela 4	Distribuição dos pacientes, por tipo de neoplasia.	31
Tabela 5	Distribuição dos pacientes femininos, por tipo de neoplasia.	32
Tabela 6	Distribuição dos pacientes masculinos, por tipo de neoplasia.	33
Tabela 7	Distribuição dos pacientes, por tipo de tratamento utilizado.	34
Tabela 8	Distribuição dos pacientes, de acordo com a presença das manifestações estomatológicas.	34
Tabela 9	Distribuição por incidência de manifestações estomatológicas.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA	Instituto Nacional de Câncer	12
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem	18
HIVS	Hospital Infantil Varela Santiago	18
SUS	Sistema Único de Saúde	20
IPAI	Instituição de Proteção e Assistência à Infância do Rio Grande do Norte	20
SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública	20
CTZ	Zona de Deflagração do Quimiorreceptor	23

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	12
2 – O PROBLEMA E SUA JUSTIFICATIVA.....	16
3 – OBJETIVOS.....	18
3.1 – OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4 – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	19
5 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
7 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	36
8 – REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICE.....	42
APÊNDICÊ A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES.....	43

1 – INTRODUÇÃO

A história da humanidade pode ser contada pelo elevado estágio de desenvolvimento científico – tecnológico, como também pelo alto grau de exploração e destruição causadas pelo homem à natureza, visando suprir as necessidades cada vez maiores de consumo dessa população em constante crescimento. Os problemas advindos dessas necessidades exigem do sistema cada vez mais produção e produtividade.

Conflitos surgiram quanto ao uso da terra e dos recursos em função das tecnologias disponíveis, onde nos últimos tempos um modelo de civilização se impôs, trazendo a industrialização com sua forma de trabalho e produção, além da mecanização da agricultura, que inclui o uso intensivo e desregrado de agrotóxicos, a urbanização com um processo de concentração populacional nas grandes cidades que por sua vez pode ofertar melhores condições de moradia e oportunidade de trabalho.

A realidade que se vivencia é preocupante, em nações com alto nível de industrialização passa-se a constatar uma perda irreparável da qualidade de vida dessas populações que chega a afetar a saúde tanto física quanto psicológica desses habitantes, em virtude do estresse urbano nesses grandes centros.

Os países tropicais têm em geral uma grande biodiversidade, caso particular o Brasil, em função de sua localização, dimensões territoriais, de sua costa litorânea, diversidade cultural e racial, realidades diferentes em cada região do país, enfim, é o país que detém a maior biodiversidade do planeta, mas infelizmente não estamos sabendo conservá-la, protegê-la e nem tão pouco estudar – pesquisar - trabalhar para obter vantagens para ter uma reserva estratégica, visando um futuro próspero e sustentável.

O Ministério da Saúde prevê para o Brasil no biênio 2010 - 2011, uma incidência nada positiva no campo da saúde para os brasileiros; um aumento de 489.270 (quatrocentos e oitenta e nove mil duzentos e setenta) novos casos de câncer em todo país, sendo o câncer de pele não melanoma, próstata e mama os mais comuns que surgirão em todas as regiões do país (INCA, 2010).

O Instituto Nacional de Câncer – INCA a cada dois anos realiza estudo estatístico em todo território nacional avaliando a incidência dessa doença (câncer) e fornecendo valiosos subsídios

para que o Ministério da Saúde tenha ferramentas que agreguem benefícios ao programa de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde nacionais voltadas para o setor oncológico.

A estimativa de câncer no Brasil para o período 2010 – 2011, oportunizada pelos estudos do INCA, visa alertar a população que é prudente e necessário realizar exames preventivos periódicos para detecção precoce da doença, oferecendo dessa forma, maiores chances de cura via tratamento em tempo hábil. Esse mesmo estudo ratifica que a maior incidência da doença ocorrerá entre as mulheres em função de a população ser maior, especificamente nas faixas etárias mais avançadas 52% do que nos homens 48% (INCA, 2010).

Com relação às taxas de mortalidade infantil na faixa etária entre 1 a 18 anos se apresentam em dois segmentos: no primeiro segmento a causa de mortalidade refere-se a causas externas (acidentes e violências) e a segunda causa de morte nesta faixa etária é por câncer, onde em 2005 as estatísticas apontaram que essa doença foi responsável por 8% dos óbitos registrados no Brasil em crianças e adolescentes (INCA, 2008).

O câncer é uma enfermidade crônica degenerativa, e no segmento infantil é raro e possui comportamento acentuadamente diferenciado quando comparado ao câncer em adultos. Isso se caracteriza por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas como também, diferentes comportamentos clínicos (GURNEY e BONDY, 2005; AYOUB et al. 2000).

Para Rocha e Kagohara (2004, p. 37), o câncer é definido como “uma doença genômica que surge a partir de alterações cumulativas no material genético (DNA) de células normais que sofrem transformações até se tornarem malignas”.

O INCA (2007) utiliza uma definição mais ampla para caracterizar a doença; define câncer como uma doença que têm como característica principal o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo invadir outras regiões do corpo. Vale ressaltar que, o câncer é causado por diversos fatores de risco, ambientais e individuais, como o envelhecimento orgânico, a perda da capacidade de regenerar os tecidos, exposições hormonais endógenas e exógenas, exposição a substâncias carcinogênicas, entre outros, onde todos esses fatores provocam danos ao DNA celular causando alterações genéticas e, a partir daí, como resultados dessas mutações ocorre à perda do controle da divisão celular, surgindo à capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (ROCHA, KAGOHARA, 2004; AYOUB et al., 2000).

Outra definição compilada dos estudos do INCA (2010) define o câncer infantil como toda neoplasia maligna que acomete crianças e adolescentes até os 18 anos de idade. Do total de casos

de câncer registrados no país, de 1% a 3% dos casos correspondem ao câncer infantil. Para o ano de 2010, a estimativa é que ocorram 9.386 (nove mil trezentos e oitenta e seis) novos casos de câncer infantil no Brasil.

Um fato importante a ser considerado é que das neoplasias malignas em adultos cerca de 60% a 90% dos casos, segundo Ayoub et al. (2000), são decorrentes de fatores carcinogênicos ambientais, afetando principalmente os tecidos epiteliais e de revestimento, enquanto que o câncer pediátrico incide freqüentemente no tecido hematopoiético de sustentação e está mais susceptível a fatores do próprio hospedeiro com influência dos fatores ambientais.

De acordo com Behrman et al. (2005), existe uma variabilidade significativa de faixa etária para o desenvolvimento da doença, com picos incidentes no início da infância e na adolescência. Diferindo assim, dos adultos onde as taxas de incidência de câncer aumentam progressivamente com a idade.

Os tumores malignos infantis surgem a partir de distúrbios genéticos relacionados ao crescimento e desenvolvimento celular (BEHRMAN et al. 2005). Com base nos dados do INCA (2008), as neoplasias malignas pediátricas mais comuns são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e linfomas, sendo as hematológicas de maior incidência com percentual nacional mediano de 29%.

Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados (INCA, 2007). Um dado relevante e animador, expressando a necessidade vital da detecção precoce por parte dos profissionais da saúde envolvidos, da expansão de políticas públicas sociais de sensibilização para os sinais e sintomas da doença, voltados para orientação dos pais, familiares e toda população.

Os tratamentos mais utilizados para neoplasias malignas são: a quimioterapia antineoplásica, a imunoterapia, cirurgia e a radioterapia; geralmente, estas modalidades terapêuticas são associadas e são oferecidas baseadas em metas que consistem na cura, ou seja, na erradicação completa da doença, aumento da sobrevida ou ainda, o alívio da sintomatologia associada ao câncer (BLEYER, 2005).

De acordo com Ayoub et al. (2000), a quimioterapia objetiva a destruição de células neoplásicas através da atuação sistêmica dos agentes quimioterápicos. Entretanto a quimioterapia

também afeta as células normais do organismo, especialmente em tecidos de alto índice proliferativo celular.

A quimioterapia antineoplásica ocasiona diversos efeitos colaterais indesejáveis à maioria dos pacientes, resultantes da toxicidade sistêmica dos agentes quimioterápicos. Ayoub et al. (2000) comenta que estes efeitos estão diretamente associados ao esquema de tratamento preconizado, dose empregada, via de administração e velocidade de infusão das drogas. A toxicidade gastrointestinal representa uma parcela significativa das manifestações adversas decorrentes da ação sistêmica da terapêutica antineoplásica.

O efeito estomatotóxico dos quimioterápicos pode ser direto ou indireto. Quando direto, a toxicidade ocorre a nível celular, afetando os tecidos com maior atividade mitótica. Segundo Bonassa (2000) diversas drogas antineoplásicas atuam no processo de síntese de DNA, RNA e proteínas destruindo as células em processo de divisão ativa. Como resultado destes efeitos, as membranas mucosas se tornam mais frágeis, em contrapartida, o efeito indireto decorre da mielodepressão causada pelo efeito sistêmico dos quimioterápicos.

As manifestações estomatológicas mais comuns são náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, constipação e diarreia. O tratamento para essas manifestações estomatológicas se baseia em medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Dentre as farmacológicas temos os fármacos, que atuam na tentativa de prevenção e na minimização da sintomatologia destas complicações. Já as não-farmacológicas incluem medidas de orientação e educação sobre a ocorrência destas manifestações, transitoriedade das mesmas e recursos disponíveis para alívio destas alterações (BONASSA, 2000; AYOUB, 2000; KNOBF, 1988, ROCHA, 2005; BLEYER, 2005).

O exame físico diário do paciente, com ênfase nas regiões mais comumente afetadas é fundamental. Através desses cuidados o enfermeiro poderá contribuir para que os efeitos da terapia sejam minimizados, e o tratamento seja o mais eficaz possível. Percebe-se também a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no manejo destes pacientes com o acompanhamento regular dos profissionais de saúde envolvidos. O emprego de medidas de prevenção e controle visa minimizar os efeitos deletérios se mostram importantes e relevantes, por isso, o enfermeiro deve estar capacitado para desenvolver todos os cuidados necessários para manutenção do tratamento de forma sistematizada, proporcionando bem estar ao paciente no transcorrer do respectivo tratamento.

O presente trabalho encontra-se organizado em sete capítulos: nesta parte introdutória, capítulo I; no capítulo II, descrevem-se sobre o problema e justificativa para realização da pesquisa; no capítulo III, seus objetivos, geral e específico; no capítulo IV, encontra-se a descrição do referencial teórico; no capítulo V, descreve-se a abordagem metodológica. No capítulo VI, faz-se à apresentação dos resultados da pesquisa e análise dos dados; no capítulo VII, são formuladas as conclusões e sugestões pertinentes.

2 – O PROBLEMA E SUA JUSTIFICATIVA

O câncer altera de forma parcial ou total a qualidade de vida do paciente portador e de sua família. A estabilidade emocional e aspectos gerais de vida desses pacientes são afetados intensamente pelo rearranjo das rotinas diárias de vida e as novas implicações ocasionadas pela doença.

Os tratamentos para combate do câncer causam efeitos colaterais indesejáveis que prejudicam a progressão do mesmo, afetando o equilíbrio do organismo e a integridade física e psicológica do cliente como também de seus familiares. Estes efeitos colaterais são comuns e muitas vezes inevitáveis devido à toxicidade orgânica dos agentes antineoplásicos e/ou da radiação. Dentre as alterações ocasionadas pelos tratamentos, às manifestações estomatológicas têm papel importante como comorbidades associadas à doença de base e são responsáveis, muitas vezes, pela mudança de protocolos de tratamento ou até mesmo, pela interrupção momentânea da terapêutica antineoplásica. (BONASSA, 2000; SMELTZER e BARE, 2005; AYOUB et al. 2000).

Tais seqüelas acometem severamente todas as faixas etárias, inclusive crianças e adolescentes, onde a pele e mucosas são os sítios mais atingidos pelos efeitos nocivos do tratamento quimioterápico antineoplásico, que não seleciona células doentes, atingindo os tecidos saudáveis com alto índice de multiplicação celular, incluindo os leucócitos, tornando os indivíduos mais susceptíveis a infecções oportunistas.

As ações de prevenção e controle desses efeitos são recursos viáveis para evitar medidas drásticas, que interfiram diretamente na modalidade terapêutica contra o câncer, podendo acarretar prejuízos futuros irreversíveis ao paciente.

A equipe multiprofissional tem que estar preparada para lidar com estas adversidades conhecendo todas as implicações ocasionadas pela doença, seus tratamentos, a fim de ficar munida de estratégias e planos de ação, seja estes multidisciplinares ou específicos a cada especialidade, que sejam capazes de suprir as necessidades dos pacientes e possibilitem a continuidade integral do tratamento (AYOUB, et al. 2000; BERHMAN et al. 2005; ROMVARI e GOLDBERG, 2004).

O profissional enfermeiro, como um dos pilares dessa equipe multiprofissional deve estar familiarizado com todas estas problemáticas associadas a cada tipo de câncer e seus tratamentos, utilizando cuidados, estratégias e planejamentos específicos, visando melhorar o estado do paciente oncológico, dando suporte através da educação em saúde e do fortalecimento da capacidade de adaptação às novas rotinas diárias. Não obstante, detectar problemas já existentes, como higiene oral e corporal pobre, cáries e ulcerações bucais entre outros fatores de risco, é essencial. Para que isso ocorra se faz necessário, que os efeitos deletérios sejam reconhecidos precocemente e tratados adequadamente. É importante o emprego dos diagnósticos de enfermagem dentro do plano de assistência baseado na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) elaborado para cada paciente e suas necessidades.

Conhecer a realidade com a qual cada profissional está inserido oportuniza o melhor emprego de estratégias de ação. É importante ressaltar que qualquer tipo de política sócio-educativa ou curativa, quando direcionada especificamente a atender as necessidades de uma determinada população gera, conseqüentemente, resultados muito mais positivos.

A pesquisa na área de oncologia pediátrica é restrita; de acordo com Mutti et. al. (2009), as produções científicas brasileiras nesse tema, são voltadas para a prática curativa e não preventiva, revelando a carência de conscientização sobre a importância da implementação destas práticas no cotidiano hospitalar. É sabido que, através da produção de conhecimento é possível aprimorar técnicas e teorias já convencionadas. Severino (2007, p. 27), traz uma definição bastante pertinente para definir “conhecimento” - é o referencial diferenciador do agir humano em relação ao agir de outras espécies. O conhecimento é a grande estratégia da espécie [...] O conhecimento é, pois, elemento específico fundamental na construção do destino da humanidade [...].

E assim, o enfoque deste estudo será voltado para as causas das manifestações estomatológicas em pacientes pediátricos, sugerindo intervenções de enfermagem para prevenção

e controle dessas manifestações estomatológicas, associadas ao tratamento quimioterápico antineoplásico com base no perfil dos pacientes do Hospital Infantil Varela Santiago - HIVS, objetiva conhecer as principais alterações advindas da toxicidade gastrointestinal dos agentes quimioterápicos que acometem crianças submetidas a tratamento oncológico, bem como observar as neoplasias mais freqüentes na população infantil e o tipo de tratamento utilizado a fim de contribuir com os enfermeiros e demais profissionais de saúde, na aplicação do conhecimento em relação à oncologia pediátrica, e chamando a atenção para a necessidade de capacitação e atualização continua nas diversas áreas de atuação do profissional enfermeiro.

3 – OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Descrever as ações preventivas e de controle para as manifestações estomatológicas associadas ao tratamento antineoplásico em crianças e adolescentes com câncer.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer a prevalência de câncer entre gêneros e faixas etárias;
- b) Conhecer os tratamentos antineoplásicos mais utilizados nos pacientes pediátricos;
- c) Conhecer as principais alterações estomatológicas relacionadas aos tratamentos antineoplásicos em crianças e adolescentes;
- d) Expor estratégias e planos de ação utilizados para prevenção dessas manifestações;
- e) Ressaltar a importância do enfermeiro na prevenção e controle dessas alterações.

4 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa tem caráter exploratório e descritivo com análise quantitativa dos dados. Segundo Gil (2008), o método exploratório envolve levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso, objetivando proporcionar visão geral à cerca de determinado fato “problema em estudo”; o caráter descritivo oportuniza a descrição das características de determinado grupo envolvido no estudo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental.

A presente pesquisa foi desenvolvida no HIVS, referencia na assistência pediátrica no estado do Rio Grande do Norte. O HIVS é uma instituição que atende em sua totalidade pacientes usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como mantenedor a Instituição de Proteção e Assistência à Infância do Rio Grande do Norte – IPAI/RN, uma sociedade civil de caráter assistencial filantrópica, fundada em 12/10/1917. É um Hospital Geral e possui 3 (três) pavilhões compostos de 120 (cento e vinte) leitos para internamentos e tratamentos de patologias gerais e tratamento de doenças infecto-contagiosas.

São realizados em média 9 (nove) mil atendimentos por mês em todos os setores do hospital, sendo o de tratamento quimioterápico antineoplásico responsável por 50 (cinquenta) dos atendimentos por mês. O HIVS possui 447 (quatrocentos e quarenta e sete) funcionários, destes, 392 (trezentos e noventa e dois) celetistas e 55 (cinquenta e cinco) cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP/RN.

A Instituição realiza bazares e venda de artigos relacionados à instituição, como camisetas, por exemplo, captando recursos para investir em capacitações periódicas dos funcionários.

O HIVS possui receita fixa oriunda do faturamento permanente dos diversos programas de assistência viabilizados pelo SUS e recursos do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos, sem fins lucrativos – INTERGRASUS, sendo considerado pelo Ministério da Saúde como hospital estratégico.

Na impossibilidade de pesquisar todas as crianças atendidas pelo HIVS, em Natal-RN onde estão recebendo tratamento, optou-se trabalhar os dados dos pacientes, via prontuário, disponibilizados pelo hospital, que estavam internados por neoplasias malignas ou que receberam atendimento em nível ambulatorial no período de setembro a outubro. Em 2009 foram realizados

596 (quinhentos e noventa e seis) atendimentos de quimioterapia. Para esse estudo a amostra trabalhada constituiu-se de 69 (sessenta e nove) prontuários, caracterizando uma amostra por acessibilidade ou conveniência. Recorrendo a Gil (2008), ele afirma que na utilização de amostra por “acessibilidade ou conveniência” o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma, representar o universo.

A coleta das informações ocorreu através de leitura acurada dos prontuários dos pacientes que foram compilados para um instrumento para coleta de dados, estruturado a partir de uma relação fixa de perguntas para todos os pacientes no período de coleta dos dados, no ambiente hospitalar, consultando cada prontuário um por um, nos horários da manhã e tarde durante três semanas.

O instrumento foi elaborado para compilamento das informações extraídas dos prontuários dos pacientes, fomentado através de literatura pertinente, nas principais modalidades terapêuticas, manifestações adversas decorrentes do tratamento quimioterápico antineoplásico e informações adicionais necessárias para traçar um perfil significativo da amostra (apêndice A). Através da consulta prévia a diversos autores da área, pode-se elaborar um instrumento que englobasse todas as variáveis necessárias para captar de forma mais completa as informações fornecidas nos prontuários dos pacientes, na tentativa de caracterizar de forma mais fidedigna a amostra estudada.

Foram analisados todos os 69 (sessenta e nove) prontuários dos pacientes atendidos na instituição hospitalar que realizaram ou estavam realizando tratamento antineoplásico durante o período da pesquisa.

Os dados foram coletados e posteriormente, tabulados, analisados e interpretados. Para o processamento dos dados foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2007. Os resultados foram traduzidos em tabelas para demonstração clara e objetiva.

As técnicas para análise estatística dos dados foram à análise descritiva e exploratória, cujo objetivo é de se verificar a análise exploratória dos valores absolutos e dos percentuais obtidos. Assim é possível apresentar a incidência das principais manifestações estomatológicas nas diferentes faixas etárias e esquemas de tratamentos utilizados nos pacientes pediátricos, bem como as estratégias proporcionadas pela enfermagem para a prevenção e controle das mesmas.

5 – REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer está incluindo como um dos problemas de saúde pública no Brasil, necessitando de programas eficientes e eficazes de atenção à saúde que contemplem controle e assistência específica, de forma ampla e abrangente para todos. Sabe-se que, há no país, razoável disposição de recursos voltados para os tratamentos do câncer, dessa forma, oportuniza um acesso razoável da população brasileira aos respectivos tratamentos. Outro aspecto relevante do problema do câncer numa família, segundo Silva (2001), é o impacto que a doença provoca no paciente, na família e sociedade, cujos custos são de difícil quantificação como a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte.

O quadro sanitário do Brasil hoje reflete as contradições do processo de desenvolvimento do país. Na atualidade, existe consenso de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde (SILVA, 2001). Mesmo não sabendo muito sobre as causas da doença (câncer), se tem conhecimento suficiente que pode ajudar ao governo viabilizar ações de controle, capazes de minimizar o índice de mortalidade, via políticas sociais de saúde comprometida e acessível a toda população brasileira.

Analizando as taxas de mortalidade ocorrida pela doença em todas as regiões do país, Silva (2001) mostra que – o câncer está sempre incluído entre as quatro primeiras causas de morte, juntamente com outras doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e afecções do período perinatal.

Segundo Worth (2005), o câncer é um complexo de doenças que surgem a partir de alterações que podem ocorrer numa grande variedade de genes.

Já Bleyer (2005), comenta a metástase nas crianças está sempre presente ao diagnóstico em aproximadamente 80% dos casos, enquanto só cerca de 20% dos adultos têm evidências de metástase no diagnóstico.

Os estudos atuais se concentram em relacionar interações entre traços de susceptibilidade genética e exposição a fatores ambientais, entretanto estes fatores ambientais causadores de neoplasias pediátricas são pouco conhecidas. Alguns fatores como radiação, substâncias químicas e alguns vírus já foram associados ao câncer pediátrico; a falta de compreensão dos mecanismos moleculares relacionados a malignidade celular é obstáculo para o desenvolvimento de um

tratamento que seja altamente eficaz para os pacientes pediátricos bem como, para os adultos. (BLEYER, 2005).

Os médicos pediatras enfrentam grandes desafios com relação ao porque dos tratamentos com radioterapia, cirurgia e quimioterapia, pois estes afetam de forma negativa o crescimento e desenvolvimento das crianças podendo causar graves efeitos clínicos e psicossociais. (BLEYER, 2005).

A modalidade terapêutica antineoplásica mais utilizada para neoplasias pediátricas é a quimioterapia; a grande parte das drogas citotóxicas utilizadas para tratamento do câncer pediátrico são selecionados a partir de diversas classes de agentes antineoplásicos, em sua maioria, ciclo-dependentes (BLEYER, 2005).

Curiosamente, quando avaliada através da superfície corporal ou peso corporal, a dose máxima que as crianças suportam é de forma freqüente maior do que a suportada pelos adultos. Além disso, os pacientes pediátricos podem tolerar os efeitos deletérios de maneira mais satisfatória que os adultos, pois muitos dos efeitos experimentados pelos adultos ocasionados por diversas drogas antineoplásicas não se manifestam nos pacientes pediátricos. Dessa forma, os efeitos colaterais propiciados por estes agentes estão ligados à cinética de crescimento das populações celulares no organismo, contudo, os efeitos agudos podem ser revertidos, quase sempre, devido à alta taxa de multiplicação dos tecidos prejudicados. (BLEYER, 2005).

As manifestações estomatológicas associadas ao tratamento quimioterápico antineoplásico mais comuns são náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, constipação e diarreia. (BONASSA, 2000; GÓRDON-NÚÑEZ et al. 2001; BLEYER, 2005; SMELTZER e BARE, 2005).

De acordo com Bonassa (2000), as náuseas e vômitos constituem, dentre todos os efeitos deletérios da quimioterapia antineoplásica, as manifestações mais freqüentes e temidas por grande parte dos pacientes. Ainda segundo a autora, aproximadamente 30% dos agentes antineoplásicos provocam episódios de êmese importante. Estes efeitos podem ser desencadeados por um ou diversos estímulos.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), no cérebro os centros do vômito são estimulados pela ativação dos receptores na Zona de Deflagração do Quimiorreceptor - CTZ (Chemoreceptor Trigger Zone) medular; estimulação das vias autonômicas periféricas, ou seja, todo o trato gastrointestinal e faringe; estimulação das vias vestibulares, que envolvem estimulação

do labirinto e ouvido interno; estimulação cognitiva e ainda, pode haver ativação dos receptores da CTZ, através da associação destes fatores.

O tratamento para as náuseas e vômitos contempla medidas farmacológicas e não-farmacológicas constituídas pelas terapêuticas medicamentosas e pelas orientações dadas pelos profissionais que atuam no tratamento dessas manifestações; ambas imprescindíveis para manutenção do bem-estar do paciente. As drogas antieméticas utilizadas para tratamento destes fenômenos se dividem em bloqueadores de serotonina e bloqueadores da dopamina; os bloqueadores da serotonina atuam no trato gastrointestinal e na CTZ, bloqueando os receptores da serotonina (SMELTZER e BARE, 2005).

Segundo Bremerkamp (2000) apud Smeltzer e Bare (2005), combinado aos bloqueadores de serotonina podem ser usados fenotiazínicos, sedativos, corticosteróides e histaminas para os esquemas antineoplásicos mais emetogênicos. Já os bloqueadores de dopamina, que atuam bloqueando os receptores dopaminérgicos na CTZ.

As medidas não farmacológicas incluem a promoção de orientações sobre a origem e desenvolvimento dessas manifestações, tipo de tratamento prescrito e como realizá-lo adequadamente e o apoio psicológico; realizado pelos médicos e enfermeiros envolvidos no tratamento quimioterápico antineoplásico.

O enfermeiro deve orientar o paciente e seus cuidadores que os fármacos antieméticos devem ser administrados em intervalos regulares de acordo com cada medicamento antes mesmo do surgimento dos sintomas. Deve-se avaliar a eficácia do antiemético de acordo com a avaliação do estado geral do paciente e das informações e possíveis queixas fornecidas pelo mesmo e, caso necessário, consultar o médico responsável para ajustes na dose, mudança de esquema etc. O paciente também deve ser instruído a contactar o médico responsável se o esquema utilizado não esteja satisfatório. É de suma importância que haja uma avaliação clínica do paciente para identificar as causas e fatores desencadeadores dos episódios eméticos; a avaliação inclui observação da quantidade e características da eliminação gástrica, estimativa do pico, duração e severidade das náuseas. (BONASSA, 2000).

A mucosite oral, ou estomatite é definida como uma condição inflamatória caracterizada por presença de eritema e ulceração, constituindo uma das complicações de maior frequência e severidade em crianças submetidas a tratamento antineoplásico (EPSTEIN et al., 2000 apud GORDÓN-NUÑEZ et al., 2001).

A estomatite pode ser classificada em leve, moderada e severa de acordo com a intensidade e extensão da mesma nos lábios, língua, mucosa oral, saliva, interferência na deglutição e dentes. (BONASSA, 2000).

De acordo com Sonis e Liberman (1978) apud Bonassa (2000), pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica desenvolvem mucosite em graus variáveis em cerca de 40% dos casos, além disso, crianças estão mais predispostas a desenvolver essa manifestação, o que pode estar relacionado ao alto índice proliferativo celular da mucosa oral e a uma resistência imunológica reduzida adicionado à predominância das neoplasias hematológicas nesse período. Sua decorrência se deve a ação tóxica direta dos agentes quimioterápicos, que afeta a mucosa em fases ativas de divisão celular, ocorrendo diminuição da produção e diferenciação celular e aumento da descamação epitelial, tornando a mucosa oral e gastrointestinal bem mais frágil e ainda mais suscetível aos efeitos citotóxicos destas drogas.



Figura 1. Paciente com leucemia mieloblástica aguda (LMA) apresentando mucosite em lábio superior. Aspecto inicial da lesão caracterizada por eritema e edema. *Figura 2.* Mesmo paciente da figura 1 com lesão de mucosite em estágio mais avançado com a presença de ulceração e áreas esbranquiçadas. *Figura 3.* Ulceração por mucosite em lábio superior em paciente portador de leucemia linfoblástica aguda (LLA). *Figura 4.* Mesmo paciente da figura 3 exibindo regiões eritematosas e ulceradas em lábio inferior.

Fonte: GORDÓN-NÚÑEZ, M. A.; OLIVEIRA, P. T.; PEREIRA PINTO, L. **Mucosite oral e status de saúde bucal em pacientes pediátricos com câncer.** Revista Brasileira de Patologia Oral, v.1, n.1, p.5-12, out./dez. 2002

Segundo Woo et al. (1993); Garg, Malo (1997) apud Górdon-Núñez (2001), após o início da quimioterapia antineoplásica o quadro inflamatório da mucosa oral geralmente ocorre por volta do quinto a décimo dia e tende a mostrar caráter autolimitante após duas a três semanas de concluído o esquema antineoplásico.

O tratamento para estomatite, segundo Bonassa (2000), visa a prevenção das principais complicações como, alterações no paladar, sangramentos e infecções oportunistas, alívio da dor e desconforto local, além da manutenção da integridade da mucosa.

É importante que a observação da cavidade oral seja diária e que os pacientes e seus familiares sejam instruídos pelos enfermeiros sobre como realizar inspeção da cavidade oral; reforçar sobre a higiene oral adequada e regular também é necessário, a escovação dos dentes e gengivas deve ser feita de forma suave, com auxílio de escova dental com cerdas macias e creme dental não-abrasivo possuindo, preferencialmente, bicarbonato de sódio em sua composição, pois o mesmo reduz a acidez resultante do processo inflamatório oral e auxilia na dissolução de muco na cavidade. (BONASSA, 2000; AHANA, KUNINSHI, 1992; GORDÓN-NÚÑEZ et al., 2002).

A sensação de plenitude gástrica sentida pelos pacientes em tratamento quimioterápico antineoplásico decorre de alterações na musculatura lisa e mucosa do estômago e intestino, redução das enzimas digestivas, e mudanças no metabolismo da glicose e triglicérides, que associados à perda da sensibilidade aos sabores dos alimentos e de outros fatores como, percepções aumentadas ou diminuídas para os alimentos podem levar o paciente à perda total do apetite e a desenvolver a anorexia (SILVA e AGUILLAR, 2001; KNOBF, 1988; BONASSA, 2000).

A anorexia ocorre em aproximadamente 40% dos pacientes com câncer e se caracteriza pela perda espontânea e não intencional do apetite (SILVA, 2005).

Davis et al. (2004) apud Silva (2005) diz que a anorexia consiste em perda do apetite e saciedade precoce, ou a associação de ambos e alterações nos hábitos alimentares. Diversos fatores influenciam no desenvolvimento da anorexia, os quimioterápicos antineoplásicos, as alterações estomatológicas, entre outros como mostra o quadro abaixo.

Disfagia	Ansiedade
Odinofagia	Medo de vomitar
Disosmia	Depressão
Disgeusia	Alterações bioquímicas
Xerostomia	Desidratação
Mucosite e aftas	Constipação
Náuseas	Plenitude gástrica
Alterações dentárias	Alimentos pouco apetitosos

Quadro 1: Fatores que intervêm na aparição da anorexia no paciente oncológico.

Fonte: SILVA, Manuela P. N. da. **Síndrome da Anorexia-Caquexia em Portadores de Câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia. v.1, n.52, p.71-83. 2006.

A prevenção e o controle das demais manifestações estomatológicas decorrentes do tratamento quimioterápico antineoplásico, aqui como fatores promotores da anorexia, podem evitar o desenvolvimento da mesma; os pacientes devem ser instruídos a chupar balas duras, pastilhas de hortelã ou de limão; utilizar talheres de plástico caso os talheres, ou demais utensílios estejam causando gosto metálico na boca; ingerir alimentos à temperatura ambiente ou resfriados; ingerir alimentos de alto teor protéico e alterná-los com suplementos; utilizar flavorizantes e outros temperos caso o gosto dos alimentos não esteja favorável a preferência individual.

A constipação intestinal é definida, de acordo com Knobf (1988), como a passagem difícil de fezes secas e duras pelo reto.

O tratamento quimioterápico antineoplásico exerce efeitos sobre a musculatura lisa do trato gastrointestinal promovendo a diminuição de sua motilidade ou até mesmo ocasionando íleo paralítico, onde os movimentos contrácteis da musculatura intestinal cessam (KNOBF, 1988; SILVA e AGUILLAR, 2001). Segundo Silva e Aguillar (2001), a constipação decorre da ação neurotóxica dos agentes quimioterápicos a nível intestinal ocasionando diminuição da motilidade gastrintestinal. Alguns pacientes podem apresentar esta manifestação com apenas uma dose de quimioterapia antineoplásica, porém a maioria dos pacientes apresenta esta alteração após doses cumulativas.

É necessário avaliar as condições clínicas do paciente com base na história alimentar pregressa, padrões eliminatórios de costume e problemas intestinais já conhecidos; atentar para os fatores promotores da constipação induzidos pelas drogas quimioterápicas que serão ou estão sendo administradas (LOPES, 2005; KNOBF, 1988).

O enfermeiro deve avaliar também queixas de dor abdominal, desconforto, distensão abdominal e anorexi. Além disso, o paciente e seus acompanhantes devem ser orientados sobre a importância da ingestão hídrica elevada (aproximadamente três litros por dia) e alimentação rica em fibras, para ajudar o trânsito intestinal e, laxativos naturais como a ameixa e o mamão. (KNOBF, 1988; SILVA e AGUILLAR, 2001; LOPES, 2005).

A diarreia, como efeito adverso da terapia antineoplásica, é um sintoma de mucosite gastrointestinal baixa; os efeitos citotóxicos dos agentes quimioterápicos não se limitam a cavidade oral. A diarreia pode agravar de forma importante a condição clínica do paciente oncológico levando a estados de desidratação, desequilíbrio eletrolítico, perda de peso e fraqueza (KNOBF, 1988; SILVA e AGUILLAR, 2001).

Vários fatores associados contribuem para o desenvolvimento da diarreia: alterações psicológicas (medo, ansiedade, entre outros), náuseas e vômitos, alterações no paladar e mucosite, além de alterações na musculatura lisa e mucosa gastrointestinal, propiciam a ocorrência dessa manifestação. Outras possíveis causas, que devem ser avaliados pelo enfermeiro constantemente, são mudanças na dieta, uso de antibióticos, antiácidos, infecções, efeitos da radiação e obstrução intestinal (SILVA e AGUILLAR, 2001; KNOBF, 1988; LOPES, 2005).

Segundo Knobf (1988) os pacientes devem ser orientados a evitar alimentos que possam irritar ou estimular os movimentos contráteis intestinais, como os laxativos naturais (ameixa, laranja, entre outros), alimentos fritos e gordurosos, alimentos muito quentes, que contenham cafeína, vegetais crus e derivados do leite.

Os pacientes também devem ser orientados sobre os alimentos e disposição das refeições recomendados nesse período: alimentos ricos em proteína e de baixo grau residual, refeições pequenas e frequentes durante todo dia, ingestão de 2 (dois) a 3 (três) litros de líquidos, incentivar a ingestão de alimentos e líquidos ricos em eletrólitos (maçã, banana, tomate) e, em caso de diarreia severa e prolongada, restringir alimentos sólidos para permitir que o intestino descanse e os sintomas diminuam (KNOBF, 1988)

Lopes (2005), recomenda que o enfermeiro deva estar atento para as queixas do paciente sobre o funcionamento intestinal e durante o exame físico identificar possíveis alterações; realizar balanço hídrico, se necessário; intercalar as medicações analgésicas e antiespasmódicas para maior controle e cobertura de dores; orientar a higiene da região anal com água morna, sabão e uso de compressas a cada evacuação para diminuir os riscos de infecções, fissuras anais e fístulas,

além de sempre observar a região para detectar essas manifestações e sangramentos e caso ocorram, comunicar ao médico responsável. Para prevenir assaduras, realizar banhos de assento com soluções calmantes (chá de camomila) e soluções cicatrizantes (cloridrato de benzidamina) e utilizar em toda região anal produtos a base de ácidos graxos essenciais; orientar o paciente a não realizar, por tempo prolongado, pressão sobre a região anal e aplicar pomadas analgésicas e antiinflamatórias, se prescritas.

6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e discussão dos dados deram-se, num primeiro momento quando se analisou os dados dos pacientes, via prontuário, disponibilizados pelo HIVS que estavam internados para tratamento por neoplasias malignas e/ou que receberam atendimento em nível ambulatorial no referido hospital.

Primeiramente, serão exibidas as variáveis que caracterizam a amostra; estratificados por gênero, para melhor compreensão da mesma. Em seguida serão apresentados os dados relativos à questão principal do tema, cuja análise permitirá responder o problema em estudo.

Neste estudo, coletou-se as informações dos prontuários disponibilizados, através da análise de evoluções multidisciplinares, prescrições, autorizações de internação hospitalar entre outros documentos presentes no prontuário dos pacientes que possibilitaram o preenchimento das questões pertinentes do instrumento para coleta de dados.

Foram analisados 69 (sessenta e nove) prontuários disponibilizados de crianças atendidas pelo HIVS.

Ao analisar os dados coletados, foi possível identificar que, do total da amostra, 54% são crianças e adolescentes do sexo masculino e 46% do sexo feminino, como se pode ver na tabela 1, abaixo.

Gênero	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Masculino	37	54%
Feminino	32	46%
TOTAL	69	100,0%

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes, segundo gênero.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

Este resultado é corroborado pelos dados do INCA (2008) que mostram que a incidência é maior em pacientes do sexo masculino do que feminino.

Com relação à faixa etária dos pacientes do sexo masculino, os dados mostram, na tabela 2, que 38% estão na primeira e segunda infância, compreendidas como os 6 (seis) primeiros anos de vida da criança, seguidos dos adolescentes entre onze até os quinze anos de idade, onde se constatou o mesmo percentual. Crianças na faixa etária de 6 a 10 anos e adolescentes de dezesseis aos dezoito anos de idade perfizeram 19% e 5%, respectivamente.

Faixa Etária	Frequência (f)	Porcentagem (%)
0 a 5 anos	14	38%
6 a 10 anos	7	19%
11 a 15 anos	14	38%
16 a 18 anos	2	5%
TOTAL	37	100,0%

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes masculino, segundo faixa etária.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

A amostra se comportou de forma inesperada, pois é dito, de acordo com Gurney e Bondy (2005), que o câncer infantil é mais incidente em crianças até os 5 (cinco) anos de idade e observou-se que a faixa etária compreendendo adolescentes entre 11 e 15 anos obteve o mesmo percentual.

Os pacientes do sexo feminino se concentraram na faixa etária até os cinco anos de idade, correspondendo a 50%. Identificou-se uma prevalência de 38% de pacientes na faixa dos seis aos

dez anos de idade, e uma menor prevalência entre adolescentes, 9% entre onze e quinze anos e 3% entre dezesseis e dezoito anos, expressos na tabela 3, abaixo.

Faixa Etária	Frequência (f)	Porcentagem (%)
0 a 5 anos	16	50%
6 a 10 anos	12	38%
11 a 15 anos	3	9%
16 a 18 anos	1	3%
TOTAL	32	100,0%

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes femininos, segundo faixa etária.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

A incidência no sexo feminino comportou-se de maneira esperada havendo maior incidência nas crianças até os 5 anos de idade e diminuição proporcional com o aumento da faixa etária (GURNEY E BONDY, 2005).

Foi observada grande variedade de tipos de neoplasias na amostra pesquisada, como é exibido na tabela 4, sendo a leucemia linfóide aguda a mais freqüente (38%) seguida pelo neuroblastoma (15%) e a neoplasia do tecido conjuntivo e tecidos moles correspondendo a 6% dos casos. A leucemia mielóide aguda, linfoma de Hodgkin e linfoma de Burkitt corresponderam a 4% dos casos, cada. Identificou-se que dentre os tipos de neoplasias observados o sarcoma de Ewing, rabdomiossarcoma, tumor de Wilms, tumor cerebral, meduloblastoma e a neoplasia de encéfalo com lesão invasiva equivaleram a 3% dos casos, cada. O linfoma não-Hodgkin, a histiocitose de células de Langerhans, a neoplasia maligna de grandes células, neoplasia de supra renal, tumor cervical, neoplasia de ovário, neoplasia de testículo e a neoplasia de baço foram os menos freqüentes, equivalendo a 1% dos casos, cada.

Tipos de Neoplasias	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Leucemia Linfóide Aguda	26	38%
Leucemia Mielóide aguda	3	4%
Neuroblastoma	10	15%
Linfoma de Hodgkin	3	4%
Linfoma não-Hodgkin	1	1%
Linfoma de Burkitt	3	4%
Sarcoma de Ewing	2	3%
Rabdomiossarcoma	2	3%
Tumor de Wilms	2	3%
Histiocitose de células de Langerhans	1	1%
Neoplasia maligna de grandes células	1	1%
Tumor Cerebral	2	3%
Meduloblastoma	2	3%
Neoplasia de tecido conjuntivo e tecidos moles	4	6%
Neoplasia de supra renal	1	1%
Tumor Cervical	1	1%
Neoplasia de ovário	1	1%
Neoplasia de testículo	1	1%
Neoplasia de encéfalo com lesão invasiva	2	3%
Neoplasia de baço	1	1%
TOTAL	69	100%

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes, por tipo de neoplasia.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

De acordo com Ayoub et. al (2000), “a leucemia é a doença maligna mais comum na infância.”. A mesma autora completa o dado afirmando que as leucemias linfocíticas agudas são as mais comuns, perfazendo 85% do casos. Gurney e Bondy (2005), afirmam que os tumores

cerebrais e neoplasias de partes moles seguem as leucemias como tumores mais comuns na infância e adolescência, corroborando os resultados obtidos.

Entre os pacientes do sexo feminino identificou-se que a leucemia linfóide aguda foi a mais freqüente, como é mostrado na tabela 5, correspondendo a quase metade de todos os casos (49%), seguida pelo neuroblastoma (20%) e a leucemia mielóide aguda (7%); os demais tipos de neoplasias incidentes: neoplasia do tecido conjuntivo e tecidos moles, sarcoma de Ewing, rabdomiossarcoma, tumor de Wilms, a histiocitose de células de Langerhans, a neoplasia maligna de grandes células, neoplasia de supra-renal, tumor cervical e neoplasia de ovário, corresponderam a 3% dos casos, cada.

Tipos de Neoplasias	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Leucemia Linfóide Aguda	15	49%
Leucemia Mielóide aguda	2	7%
Neuroblastoma	6	20%
Sarcoma de Ewing	1	3%
Rabdomiossarcoma	1	3%
Tumor de Wilms	1	3%
Histocitose de células de Langerhans	1	3%
Neoplasia maligna de grandes células	1	3%
Neoplasia de tecido conjuntivo e tecidos moles	1	3%
Neoplasia de supra renal	1	3%
Tumor Cervical	1	3%
Neoplasia de ovário	1	3%
TOTAL	32	100%

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes femininos, por tipo de neoplasia.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

Entre os pacientes do sexo masculino também foi observado a maior freqüência da leucemia linfóide aguda (29%) seguida pelo neuroblastoma (10%) leucemia mielóide aguda, linfoma de Hodgkin, linfoma de Burkitt e neoplasia de tecido conjuntivo e tecidos moles com

8%, cada. O tumor cervical, meduloblastoma e neoplasia de encéfalo com lesão invasiva perfizeram 5% dos casos, cada uma, do gênero masculino. Os tipos menos freqüentes foram: a leucemia mielóide aguda, linfoma não hodgkin, sarcoma de Ewing, rabdomiossarcoma, tumor de Wilms, tumor de testículo e neoplasia de baço, e corresponderam a 3% dos casos, cada.

Tipos de Neoplasias	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Leucemia Linfóide Aguda	11	29%
Leucemia Mielóide aguda	1	3%
Neuroblastoma	4	10%
Linfoma de Hodgkin	3	8%
Linfoma não-Hodgkin	1	3%
Linfoma de Burkitt	3	8%
Sarcoma de Ewing	1	3%
Rabdomiossarcoma	1	3%
Tumor de Wilms	1	3%
Tumor Cerebral	2	5%
Meduloblastoma	2	5%
Neoplasia de tecido conjuntivo e tecidos moles	3	8%
Neoplasia de testículo	1	3%
Neoplasia de encéfalo com lesão invasiva	2	5%
Neoplasia de baço	1	3%
TOTAL	37	100%

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes masculinos, por tipo de neoplasia.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

A análise permitiu observar que a grande maioria da amostra, 72%, foi submetida a tratamento exclusivo com quimioterapia antineoplásica. A quimioterapia associada a fatores de crescimento de colônias de granulócitos foi observada em 11% da amostra, seguida pela cirurgia,

que correspondeu a 10%. A quimioterapia associada à cirurgia correspondeu a 4% dos tratamentos utilizados na amostra. Observou-se que as terapias multimodais de Quimioterapia associada a cirurgia e fatores de crescimento de colônias de granulócitos corresponderam a 3% da amostra cada, como pode se ver na tabela 7, abaixo.

Tipos de Tratamentos	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Quimioterapia	49	72%
Quimioterapia + G-CSF/GM-CSF	8	11%
Quimioterapia + Cirurgia +G-CSF/GM-CSF	2	3%
Quimioterapia + Cirurgia	3	4%
Cirurgia	7	10%
TOTAL	69	100%

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes, por tipo de tratamento utilizado.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

Bleyer (2005) diz que a quimioterapia antineoplásica é a modalidade terapêutica mais utilizada em pacientes pediátricos.

Em relação à presença de alterações estomatológicas, exibido na tabela 8, foi observado que 52% dos pacientes não apresentavam manifestações estomatológicas durante o período da pesquisa, enquanto que 48% da amostra apresentavam estas manifestações.

Presença de alterações	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Apresentaram	33	48%
Não apresentaram	36	52%
TOTAL	69	100,0%

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes, de acordo com a presença das manifestações estomatológicas.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

Foram identificados 41 (quarenta e um) episódios de manifestações estomatológicas nos pacientes pesquisados que utilizavam quimioterapia antineoplásica. Os vômitos e a dor foram os mais incidentes com 31,7% e 19,5% do total de episódios observados, respectivamente. Alterações como estomatite e náusea perfizeram o mesmo percentual, 14,6%, seguidos pela infecção, 7,3%; xerostomia e diarreia, ambas com 4,8% do total de episódios observados. A constipação foi à manifestação estomatológica menos incidente na amostra, correspondendo a 2,4%. Dados descritos na tabela 9, abaixo.

Tipos de Manifestações	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Náusea	6	14,6
Vômito	13	31,7
Diarréia	2	4,8
Dor	8	19,5
Mucosite oral	6	14,6
Constipação	1	2,4
Infecção	3	7,3
Xerostomia	2	4,8
TOTAL	41	100%

Tabela 9 – Incidência de manifestações estomatológicas.
Fonte: Dados coletados dos prontuários dos pacientes, 2010.

De acordo com Bonassa (2000), as náuseas, vômitos são as manifestações decorrentes do tratamento quimioterápico antineoplásico mais comuns. A mesma autora também afirma que associada ao surgimento e desenvolvimento destas e outras manifestações decorrentes do tratamento está a dor. Gòrdon-Nuñez (2002) diz que crianças são mais susceptíveis ao desenvolvimento de mucosite oral devido ao grau de proliferação celular das mucosas; associado a esta alteração surge alterações no paladar.

7 - CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Pacientes pediátricos submetidos a tratamento quimioterápico antineoplásico desenvolvem diversas manifestações estomatológicas adversas que afetam o seu bem-estar, bem como de seus familiares e acompanhantes, podendo vir a prejudicar a progressão do tratamento a de forma momentânea acarretando prejuízos ao paciente oncológico.

Os resultados obtidos através da pesquisa corroboraram o que é dito na literatura pertinente, mostrando que há maior prevalência de câncer infantil no sexo masculino; predominância em pacientes até os 5 (cinco) anos de idade e que a quimioterapia antineoplásica foi a terapêutica mais utilizada e grande parte da amostra, que utilizava esta modalidade terapêutica exclusivamente ou associada a outra modalidade, desenvolveu manifestações estomatológicas.

A enfermagem tem papel ativo em todas as etapas do tratamento do paciente oncológico. O profissional deve avaliar o paciente integralmente, avaliando fatores de risco que possam vir a comprometer sua integridade física e psicológica.

O enfermeiro preparado para lidar com essas manifestações pode propiciar ao seu paciente e a todos os envolvidos no tratamento a redução da sintomatologia e até mesmo a prevenção desses efeitos deletérios através de cuidados de enfermagem específicos ao tratamento quimioterápico, bem como das manifestações que o mesmo ocasiona, oportunizando melhor suporte para melhora qualidade de vida e uma transgressão menos traumática durante este período crítico.

É importante que haja o ensino da oncologia voltada para a enfermagem nos cursos de graduação de enfermagem, pois, com o aumento expressivo de casos de câncer a cada ano e nos próximos 20 anos, quando se tornará a principal causa de morte (INCA, 2010) os profissionais enfermeiros estarão cada vez mais, tratando pacientes portadores de câncer não apenas nos centros especializados, mas também em todos os níveis de atenção à saúde e, para que estes pacientes tenham acesso a um atendimento de qualidade que venha a suprir suas necessidades, os profissionais devem estar capacitados para prestar estes cuidados.

A pesquisa na área da enfermagem oncológica também deve ser instigada pelos docentes; é uma área carente de pesquisas e material bibliográfico, o que reflete na criação de protocolos de

cuidados mais adequados para estes pacientes e na falta de conhecimento dos profissionais sobre o câncer e todas as suas problemáticas.

REFERÊNCIAS

AHANA, Doris N.; KUNISHI, Marilyn M. **Protocolos de Enfermagem para o Tratamento do Paciente Oncológico**. 2. ed. São Paulo: Andrei, 1992.

AYOUB, Andréa Cotait; et al. Oncopediatria e Assistência de Enfermagem. *In*: AYOUB, Andréa Cotait; et al. **Planejando o Cuidar na Enfermagem Oncológica**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2000.

BLEYER, Archie. Princípios do Diagnóstico. *In*: BEHRMAN, Richard E. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. Tradução: Vilma Ribeiro de Souza Varga et al. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2v.

BLEYER, Archie. Princípios do Tratamento. *In*: BEHRMAN, Richard E. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. Tradução de: Vilma Ribeiro de Souza Varga *et al.* 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2v.

BONASSA, Edva Moreno Aguiar. Toxicidade Gastrointestinal. *In*: **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. 3. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **O Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Radioterapia**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100>. Acesso em: 17 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do Câncer no Brasil**. p. 20-21. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juail; **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10. ed. Rio de Janeiro: ARTMED, 2007.

CORVALAN, F.; MARCUCCI, G.; GUIMARÃES JR., J. Cárie Radioinduzida – Revista da Literatura e Instituição de um Protocolo Preventivo. **Revista da ABO Nac.**, v.11,n.2, p.112-117, abr./mai., 2003.

ESTRADA, Berenice F. N. A.; et al. Quimioterapia. *In*: AYOUB, Andréa Cotait; et al. **Planejando o Cuidar na Enfermagem Oncológica**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2000.

FRANCESCHINI, F.; JUNG, J. E.; AMANTE, C. J. Mucosite oral pós -quimioterapia em pacientes submetidos à supressão de medula óssea. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.2, n.1, p.40-43, jan./mar. 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GILLIS, Theresa A. Reabilitação do Paciente com Câncer. *In*: POLLOCK, Raphael E. **UICC Manual de Oncologia**. Tradução de: Joaquim Gama-Rodrigues et al. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

GORDÓN-NUNEZ, M. A.; OLIVEIRA, P. T.; PEREIRA PINTO, L. Mucosite oral e status de saúde bucal em pacientes pediátricos com câncer. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.1, n.1, p.5-12, out./dez. 2002.

GURNEY, James G.; BONDY, Melissa L. Epidemiologia do Câncer da Infância e da Adolescência. *In*: BEHRMAN, Richard E. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. Tradução: Vilma Ribeiro de Souza Varga et al. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2v.

HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO. GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS. **Recursos Humanos**. Disponível em: < http://hospitalvarelasantiago.org.br/?menu=recursos_humanos&id=8>. Acesso em: 12 de out. 2010.

HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO. **Histórico da Instituição**. Disponível em: < http://hospitalvarelasantiago.org.br/?menu=historico_instituicao&id=2>. Acesso em: 12 out. 2010.

HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO. **Humanização**. Disponível em: <<http://hospitalvarelasantiago.org.br/?menu=humanizacao&id=9>>. Acesso em: 12 out. de 2010.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. Ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

KNOBF, M. K. Tish. Nursing Management of Patients Receiving Systemic Cancer Therapy. *In*: BONADONNA, Gianni; della CUNA, Gioachino Robustelli. **Handbook of Medical Oncology**. Tradução: Sharon Krengel. 3. ed. Milano: Masson, 1988. 1125p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MUTTI, Cíntia Flores et al. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. . v.1, n. 56, p. 71-83. 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2005-2006. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORTIZ, Maria Cristina Meirelles. Falando de Câncer e de Mães. *In*: **À Margem do Leito: A Mãe e o Câncer Infantil**. São Paulo: Arte e Ciência, 2003.

PAPAGEORGIO, Chris; McLEOD, Howard L. Quimioterapia: Princípios e Farmacologia. *In*: GOVINDAN, Ramaswamy; ARQUETTE, Matthew A. **Washington Manual de Oncologia**. Revisão técnica: Ely Chaves; tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo et al. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PISTÓIA et al. Manifestações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico. **Revista Dentística on line**, ano 3, n. 9, jan/ jul, 2004.

ROCHA, José Cláudio Corali de; KOGAHARA, Luciane Tsukamoto. Oncogenética e Farmacogenética. *In*: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de Oncologia** (Organização). 1. ed. São Paulo: BBS Editora, 2004.

ROMVARI, Edie; GOLDBERG, Paula. Cuidados de Enfermagem no Paciente com Câncer. *In*: GOVINDAN, Ramaswamy; ARQUETTE, Matthew A. **Washington Manual de Oncologia**.

Revisão técnica: Ely Chaves; tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo et al. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SILVA, Manuela P. N. da. Síndrome da Anorexia-Caquexia em Portadores de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.1, n.52, p.71-83. 2006.

SILVA, Maria Aparecida Abreu da; FONTES, Ana Lúcia Caetano. Planejamento da Assistência de Enfermagem. *In*: AYOUB, Andréa Cotait; et al. **Planejando o Cuidar na Enfermagem Oncológica**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2000.

SILVA, Sueli Rivel da; AGUILLAR, Olga Maimoni. **Assistência de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2001.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Revisão técnica: Cristina Fonseca da Cruz et al.; tradução: José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4v.

WORTH, Laura L. Biologia Molecular e Celular do Câncer. *In*: BEHRMAN, Richard E. et al. **Nelson, Tratado de Pediatria**. Tradução: Vilma Ribeiro de Souza Varga et al. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2v.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

1. Número de identificação _____ 2. Idade: _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Tipo de neoplasia _____
- Tempo de enfermidade _____ Tempo de tratamento _____
5. Terapia utilizada
- () Quimioterapia () Radioterapia () Cirurgia () Multimodal () G-CSF, GM-CSF
- () Outra _____
6. Além do hospital, há outro lugar onde são realizadas as sessões do tratamento?
- _____
8. Apresenta algum tipo de alergia/intolerância
- () Alimentar _____
- () Medicamentosa _____
- () Outra _____
9. Faz uso de outros medicamentos? () Não () Sim _____
10. Tratamento antineoplásico anterior? () Não () Sim _____
11. Alterações cutâneas pré-existentes? () Não () Sim _____
12. Alterações orais pré-existentes? () Não () Sim _____
13. Sinais e sintomas mais freqüentes decorrentes do tratamento
- () Náuseas () Vômitos () Diarréia () Alterações no paladar () Xerostomia () Linfadenopatia () Infecções () Febre () Dor _____ () Outro _____
14. Alterações orais decorrentes do tratamento
- () Mucosite – Região _____
- () Ulcerações – Região _____
- () Candidíase – Região _____
- () Herpes simples – Região _____
- () Outra _____
15. Alterações cutâneas decorrentes do tratamento
- () Eritema – Região _____
- () Ulcerações – Região _____
- () Bolhas – Região _____
- () Descamação – Região _____
- () Necrose – Região _____
- () Outro _____
16. Alterações hematológicas (anemia, trombocitopenia, leucopenia, etc.) () Não () Sim
-

