

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

MONIQUE ROBERTA DE FREITAS BARBOSA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

NATAL / RN

2010

MONIQUE ROBERTA DE FREITAS BARBOSA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira
(Dr^a).

NATAL/RN

2010

MONIQUE ROBERTA DE FREITAS BARBOSA

A Monografia intitulada O Papel do Enfermeiro no Tratamento de Crianças e Adolescentes Oncológicos: uma Revisão Bibliográfica, apresentada pela aluna Monique Roberta de Freitas Barbosa a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, foi considerada aprovada pela Banca abaixo discriminada:

Prof^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira Dr^a.
Orientadora FARN

André Luis Silva Davim
Membro Examinador- FARN

Maria Tereza Pires Costa
Membro Examinador- FARN

Dedico este trabalho a minha mãe, Mônica, que nunca mediu esforços para me dar uma boa educação, pensando sempre em meu futuro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por possibilitar a realização de meus planos e sonhos.

A minha orientadora Izete Pereira, que mesmo com pouco tempo me conduziu ao encontro do conhecimento e do aperfeiçoamento, preocupando-se sempre em fazer um bom trabalho.

Aos meus familiares, por estarem sempre ao meu lado me apoiando tanto nos momentos de alegria quanto nos momentos de incertezas e medo. Muito obrigada por tudo.

E hoje fico muito feliz em ver o que antes era um sonho e ao mesmo tempo uma incerteza, hoje, é uma realidade.

“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é
alguém que acredite que ele possa ser realizado.”
(Roberto Shinyashiki)

RESUMO

O câncer é um distúrbio genético no qual se perde o controle normal do crescimento celular, a célula tumoral difere da célula normal por não responder aos mecanismos padrão de controle de crescimento. O câncer já é considerado como sendo uma das principais causas de morte entre crianças e adolescentes no Brasil. Atualmente, cerca de 70% desses pacientes tem a possibilidade de serem curados. Tem como objetivo informar sobre a responsabilidade que os profissionais de enfermagem devem ter em reconhecer, diferenciar e responder as diferentes necessidades desses pacientes. Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, no qual foi utilizada uma revisão na literatura, pesquisas na Internet, em artigos e estudos científicos da área técnica. Atualmente, o diagnóstico padrão para todos os tipos de câncer baseia-se em exames de imagem e biópsia do tumor. Eles determinam a malignidade das células cancerosas e quão disseminada a doença está. A partir dessas informações, e conforme o órgão afetado é definido o melhor tratamento. Hoje, as alternativas são cirurgia que consiste na remoção de todo o câncer; a quimioterapia onde são usados agentes antineoplásicos para destruir as células tumorais ao interferir com as funções celulares e reprodução; a radioterapia, que provoca a lesão molecular e alterações bioquímicas, bem como a eventual morte celular, a partir da ruptura do ciclo reprodutivo; ou a combinação desses tratamentos. Conclui-se que a pesquisa sobre o papel do enfermeiro na atenção às crianças oncológicas é de grande relevância para a garantia de uma qualidade de serviços e cuidados prestados dos enfermeiros aos pacientes oncológicos, que necessitam de um apoio e suporte psicológicos, de cuidados específicos e atenção para a garantia de uma possível reabilitação mais rápida e com uma melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave: Câncer. Diagnóstico. Tratamento. Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

Cancer is a genetic disorder in which one loses control of normal cell growth, tumor cells differ from normal cells did not respond to standard mechanisms of growth control. Cancer is already regarded as one of the leading causes of death among children and adolescents in Brazil. Currently, about 70% of these patients have the possibility of being healed. Aims to inform about the role that nurses should have to recognize, differentiate and meet the different needs of these patients. This is a bibliographical study, which was used in a literature review, Internet searches, articles and scientific studies of the technical area. Currently, the diagnostic standard for all types of cancer based on imaging and tumor biopsy. They determine the malignancy of cancer cells and how widespread the disease is. From this information, and as the organ affected is defined the best treatment. Today, the alternatives are surgery which involves removal of all the cancer, where chemotherapy agents are used anticancer drugs to destroy cancer cells by interfering with cellular functions and reproduction; radiotherapy, which causes molecular and biochemical injury, and the eventual cell death from the rupture of the reproductive cycle, or a combination of these treatments. It is concluded that research on the role of nurses in the care of children with cancer is of great importance to ensuring a quality service and care of cancer patients to nurses, who need support and psychological support, care and specific attention to ensuring a more rapid rehabilitation possible and with a better quality of life.

Keywords: Cancer. Diagnosis. Treatment. Role of the Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNA: Ácido Desoxirribonucléico.

INCA: Instituto Nacional do Câncer.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

SSVV: Sinais Vitais.

SNC: Sistema Nervoso Central.

MS: Ministério da Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Leucemia.

Tabela 02: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Linfoma.

Tabela 03: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Sistema Nervoso Central.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O CÂNCER	13
2.2 EPIDEMIOLOGIAS DO CÂNCER INFANTO-JUVENIL NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS	15
2.3 MECANISMOS DE DISSEMINAÇÃO DE CÉLULAS MALÍGNAS	19
2.4 TRATAMENTO	20
2.4.1 Cirurgia	22
2.4.2 Radioterapia	23
2.4.3 Quimioterapia	25
3 O PAPEL DA ENFERMAGEM E AS PARTICULARIDADES DO CÂNCER	26
3.1 IDENTIFICAÇÃO PRECOCE PODE SER UM DIFERENCIAL	26
3.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CIRURGIA DE CÂNCER	28
3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA RADIOTERAPIA	29
3.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA QUIMIOTERAPIA	30
3.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA HOSPITALIZAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR	32
3.6 A DOR ONCOLÓGICA	35
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Até a década de 70 a grande maioria das crianças portadoras de neoplasia faleciam. O objetivo do tratamento da época era alcançar a cura a qualquer preço. A maioria dos efeitos tardios não eram conhecidos, pois o período de observação pós tratamento era pequeno e parte destes efeitos não eram ainda encontrados ou descritos na literatura. Nos países desenvolvidos, a filosofia de tratamento era semelhante e os pacientes curados tinham pouco tempo de observação (LOPES, et al, 2000).

Atualmente discussões sobre o tema câncer vêm ganhando ênfase na sociedade principalmente, quando se trata das inovações e possibilidades de cura/tratamento. No entanto, a cura, por vezes, torna-se impossível, e a morte, consequentemente inevitável.

O câncer já é considerado como sendo uma das principais causas de morte entre crianças e adolescentes no Brasil. A cada ano surgem cerca de 10 mil novos casos de câncer infanto-juvenil, segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Atualmente, cerca de 70% desses pacientes tem a possibilidade de serem curados. Entre os fatores que vem contribuindo estão o diagnóstico precoce, o desenvolvimento de drogas mais eficientes e a atenção ao contexto familiar e social do paciente (INCA, 2010). Percebe-se que o aumento nos índices de cura e sobrevida de crianças com câncer ocorre devido aos progressos científicos nas áreas de diagnóstico e de tratamento. Garantir uma boa qualidade de vida a essas crianças é uma preocupação cada vez maior, trazendo para as equipes de saúde em oncologia especialistas habilitados a lidar com as perdas inerentes a esta doença.

Pela complexidade da doença, o tratamento oferecido pela equipe interdisciplinar deve estar voltado para a dimensão humana, não objetivando apenas a cura, devendo incluir todo um conjunto de cuidados que possa permitir a família e a criança situarem-se em sua nova condição e uma adaptação física, psicológica e social a ela (VASCONCELOS, et al, 2006).

Tumores hematopoiéticos (leucemia, linfoma) são os tipos de cânceres mais comuns na infância, em segundo plano vêm os tumores do cérebro/SNC, seguidos pelos neuroblastomas (tumor de células do sistema nervoso periférico, freqüentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), sarcomas (tumores de partes moles) (KLIEGMAN, 2006).

O objetivo do presente trabalho é de mostrar a importância do cuidado por parte dos enfermeiros às crianças oncológicas e de alertar sobre a doença e seus fatores relacionados à população, bem como informar sobre a responsabilidade que os profissionais de enfermagem devem ter em reconhecer, diferenciar e responder as necessidades desses pacientes durante o tratamento.

A metodologia utilizada trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, no qual foi utilizada uma revisão na literatura, pesquisas na internet, em artigos e estudos científicos da área técnica, sendo possível mostrar e informar a importância dos cuidados dos profissionais de enfermagem perante crianças e adolescentes oncológicos. Para a elaboração deste trabalho foi utilizada revisão bibliográfica que mostra a evolução dos conhecimentos sobre o tema específico, e resume o que é realmente importante sobre o tema (HOSSNE; VIEIRA, 2001)

É uma estratégia de pesquisa necessária para a condução de qualquer tipo de pesquisa científica. A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente ou como parte indispensável de qualquer trabalho científico, visando à construção da plataforma teórica do estudo (MARTINS; THEÓPHILO, 2007).

A pesquisa bibliográfica procura explicar uma situação a partir de referências teóricas publicadas em outros documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, buscam conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou problema (CERVO; BERVIAN, 1996).

A pesquisa sobre o papel do enfermeiro na atenção às crianças oncológicas é de grande relevância para a garantia de uma qualidade de serviços e cuidados prestados dos enfermeiros aos pacientes oncológicos, que necessitam de um apoio e suporte psicológicos, de cuidados específicos e atenção para a garantia de uma possível reabilitação mais rápida e com uma melhor qualidade de vida.

O trabalho está dividido em três partes, a primeira parte retrata um pouco sobre o que é o câncer, os mecanismos de disseminação, a epidemiologia em algumas cidades brasileiras e sobre os tipos de tratamento. A segunda parte fala sobre o papel do enfermeiro no tratamento de crianças e adolescentes oncológicos e sobre a importância de uma identificação precoce para o maior sucesso no tratamento. E por fim, a última parte retrata as considerações finais do trabalho.

2 O CÂNCER

O câncer é um distúrbio genético no qual se perde o controle normal do crescimento celular. A célula tumoral difere da célula normal por não responder aos mecanismos normais de controle de crescimento (INCA, 2010).

Acredita-se que o câncer tenha origem em uma única célula, sendo o resultado de um acúmulo de mutações no DNA (ácido desoxirribonucleico) desta célula. Quando ocorrem nos genes envolvidos no controle do ciclo celular, apoptose, reparo de DNA etc., estas mutações podem gerar um crescimento celular descontrolado e, finalmente, um possível tipo celular que adquiriu a capacidade de se metastatizar (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

Os tumores malignos normalmente têm margens difusamente infiltradas e podem estar fixados às estruturas adjacentes. Podem ter um crescimento rápido e pode haver também, uma história de alteração recente, ou seja, prurido ou modificação do formato em uma lesão cutânea. Sua superfície pode ulcerar-se, a superfície de corte pode ser variada, com algumas áreas de hemorragia e necrose (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

O câncer infanto-juvenil não pode ser considerado como sendo uma simples doença, mas sim, como uma gama de diferentes malignidades. Varia de acordo com o tipo histológico, localização primária do tumor, etnia, sexo e idade (INCA, 2010).

O risco de o indivíduo desenvolver o câncer depende de vários fatores, entre eles estão à herança genética, hábitos passados e dieta (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

O câncer infanto-juvenil pode afetar qualquer tipo de célula do organismo, porém atinge com mais frequência as do sistema sanguíneo, e seu aparecimento vai depender das alterações genéticas que ocorrem nas próprias células tumorais (VEJA, 2010).

As diferenças entre tumores em adultos e em crianças e adolescentes são variadas, começando pelos sistemas de classificação. No caso das crianças e adolescentes, o tipo de célula afetada é mais importante do que a localização do tumor. Apesar de os tumores infanto-juvenis serem mais agressivos e tornarem-se invasivos rapidamente, eles respondem de uma forma mais satisfatória a quimioterapia e têm maior taxa de cura (REDE CÂNCER, 2008).

O câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. As maiorias dos tumores pediátricos apresentam achados histológicos que se assemelham a tecidos fetais nos diferentes estágios de desenvolvimento, sendo

considerados embrionários. Essa semelhança a estruturas embrionárias acaba gerando grande diversidade morfológica resultante das constantes transformações celulares, podendo haver um grau variado de diferenciação celular (INCA, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER INFANTO-JUVENIL EM CIDADES BRASILEIRAS

O câncer infanto-juvenil (abaixo de 19 anos) é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% dos tumores malignos. Estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para os anos de 2008/09 revela que ocorreram cerca de 10 mil novos casos em crianças e adolescentes com até 18 anos de idade (INCA, 2010).

[...] Na maioria das populações representa de 0,5% a 3% de todas as neoplasias. Cerca de 70% das crianças sobrevivem quando tratadas em centros especializados por equipe interdisciplinar, e muitas são consideradas curadas. Esse grande avanço nos índices de cura deve-se a associação de tratamentos como radioterapia, cirurgia e poliquimioterapia (INCA, 2008).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa é que 3% da população brasileira vão desenvolver tumores pediátricos até os 19 anos de idade. A instituição médica aponta ainda o câncer mais recorrente em crianças é a leucemia, ao passo que nos adolescentes ele atinge com mais freqüência os ossos. Nos anos 80, o percentual de cura era apenas 30%. Atualmente, o índice observado no fim da década é 70%, em média (REDE CÂNCER, 2009).

Segundo os Registros de Bases Populacional/ IBGE, no Brasil, assim como no contexto mundial, as leucemias, os linfomas e os tumores do Sistema Nervoso Central foram os mais incidentes em crianças e adolescentes (REDE CÂNCER, 2009).

As tabelas abaixo mostram os tipos de câncer mais comuns em 20 cidades brasileiras.

LEUCEMIA	
Cuiabá	70
Manaus	68
Goiânia	67
Curitiba	64
Campo Grande	53
Jaú	52
Recife	49
Natal	48
São Paulo	48
Porto Alegre	47
Belo Horizonte	40
Fortaleza	38
Campinas	36
João Pessoa	34
Belém	31
Vitória	30
Distrito Federal	29
Aracaju	37
Salvador	22
Palmas	7

Tabela 01: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Leucemia.

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA).

De acordo com a tabela acima podemos observar que Cuiabá e Manaus são as cidades que possuem uma maior incidência de Leucemia. Já Salvador e Palmas estão entre as cidades com menor incidência para este tipo de câncer.

LINFOMA	
Jaú	40
Campo Grande	34
Goiânia	34
Belo Horizonte	29
Natal	29
São Paulo	29
Porto Alegre	28
Curitiba	25
Recife	23
Manaus	23
Distrito Federal	22
João Pessoa	21
Cuiabá	20
Aracaju	19
Fortaleza	18
Campinas	16
Salvador	13
Vitória	12
Belém	9
Palmas	0

Tabela 02: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Linfoma.

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA).

De acordo com a tabela 02, podemos observar que Jaú, Campo Grande e Goiânia possuem uma maior incidência do Linfoma. Já Vitória, Belém e Palmas são as cidades com a menor incidência deste tipo de câncer.

SNC	
Porto Alegre	33
Goiânia	31
São Paulo	29
Curitiba	26
Distrito Federal	24
Recife	22
Jaú	22
Campinas	21
Belo Horizonte	21
Aracaju	21
Campo Grande	19
Cuiabá	18
Manaus	18
João Pessoa	16
Fortaleza	13
Salvador	11
Natal	9
Vitória	9
Belém	7
Palmas	7

Tabela 03: incidência da doença na população de 0 a 18 anos. Número de casos a cada milhão de habitantes. Sistema Nervoso Central.

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (INCA).

De acordo com a tabela 03, podemos observar que Porto Alegre e mais uma vez Goiânia lideram a incidência de câncer no SNC. Já Natal, Vitória, Belém e Palmas que estão entre as cidades com menor incidência em pelo menos dois dos três tipos de câncer mais comuns.

2.3 MECANISMOS DE DISSEMINAÇÃO DAS CÉLULAS MALÍGNAS

O câncer é um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é transformada por uma mutação genética do DNA celular. Esta célula anormal forma um clone e passa a se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no meio que circunda a célula. As células adquirem características invasivas, e as modificações têm lugar nos tecidos em volta (SMELTZER; BARE, 2005).

O crescimento e a divisão celular são processos controlados que dependem da interação precisa de vários fatores reguladores, como por exemplo, a nutrição do tumor. O câncer representa o descontrole desse processo, no qual há uma perda de algumas das restrições normais ao crescimento e à divisão celular. Atualmente há uma aceitação geral de que os tumores surgem pelo acúmulo de alterações genéticas variadas, que acabam afetando o controle do crescimento celular (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

Metástase é a disseminação ou semeadura de células malignas a partir de um tumor primário para locais distantes, através da disseminação direta das células tumorais para as cavidades do corpo (SMELTZER; BARE, 2005).

Os processos da doença maligna apresentam a capacidade de permitir a disseminação ou transferência de células cancerosas de um órgão ou região do corpo para outra, através de invasão e metástase. Os padrões de metástase podem ser parcialmente explicados por meio dos padrões circulatórios e pela afinidade específica de determinadas células malignas para se ligar a moléculas no tecido corporal específico (SMELTZER; BARE, 2005 p 340).

Para que ocorra à formação de um tumor secundário, a metástase é necessária que ocorra uma serie de fatos que se denominem cascata metástica ou escadaria. Essa cascata apresenta várias etapas: progressão tumoral, invasão da matriz celular, desprendimento das células tumorais, embolização, capacidade de sobreviver na circulação, invasão no hospedeiro e progressão tumoral formando metástase propriamente dita. Com raras exceções, todos os tumores malignos podem apresentar disseminação. Uma exceção são os carcinomas basocelular de pele que são invasivos localmente, mas não apresentam a capacidade de disseminação fora de seu local de origem (SMELTZER; BARE, 2005).

2.4 TRATAMENTO

O princípio mais importante que rege a conduta inicial para o tratamento de um paciente com câncer é definir primeiramente os objetivos do tratamento clínico. Para os pacientes com doença curável, o objetivo é a cura, utilizando tratamentos de modalidade única ou combinada. Porém, se a doença não tiver uma possibilidade de cura, os objetivos são de melhorar e se possivelmente prolongar a vida com uma boa qualidade (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

Atualmente, o diagnóstico padrão para todos os tipos de câncer baseia-se em exames de imagem e biópsia do tumor. Eles determinam a malignidade das células cancerosas e quão disseminada a doença está. A partir dessas informações, e conforme o órgão afetado é definido o melhor tratamento. Hoje, as alternativas são cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou a combinação desses tratamentos (VEJA, 2010, p 47)

O tratamento do câncer pediátrico teve um grande avanço nas últimas quatro décadas. Em várias regiões brasileiras, a cura do câncer infantil fica comprometida, devido à falta de hospitais especializados em oncologia pediátrica, à falta de médicos especializados, principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e ao diagnóstico por muitas vezes tardio da doença na rede de atenção básica (REDE CÂNCER, 2008).

Os pediatras oncologistas encaram desafios singulares, porque os tratamentos com radioterapia, cirurgia e quimioterapia podem afetar de modo negativo o crescimento e o desenvolvimento, e ainda podem causar graves efeitos clínicos e psicossociais sobre esse crescimento e desenvolvimento. Dada a raridade relativa dos tipos específicos de câncer da infância e da tecnologia e experiências necessárias para o diagnóstico, tratamento e monitorização dos efeitos tardios, todas as crianças com câncer devem sempre que possível ser tratadas com protocolos clínicos padronizados (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

As opções de tratamento que são oferecidas aos pacientes com câncer devem ser baseadas em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer. A variedade de possíveis metas de tratamento pode incluir a eliminação completa da doença maligna, que é a cura; a sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula cancerosa, que no caso seria o controle; ou o alívio dos sintomas associados à doença, que no caso é uma forma paliativa (SMELTZER; BARE, 2005).

O tratamento das crianças e adolescentes oncológicos é um dos esforços mais complexos na prática da pediatria. Inicia-se com um diagnóstico correto, segue com um estadiamento completo e cuidadoso da extensão da doença e com a determinação do subgrupo prognóstico, fornece um tratamento multidisciplinar adequado, e normalmente com múltiplas modalidades, e avalia assiduamente as possibilidades de a doença reaparecer e os efeitos colaterais tardios da doença e das terapias administradas. Durante o tratamento, cada criança com câncer deve se beneficiar do emprego de equipes especializadas de tratamento pediátrico, inclusive oncologistas infantis, patologistas, radiologistas, cirurgiões, radioterapeutas, enfermeiras e um *staff* de suporte, incluindo nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e outras especialidades médicas (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

Após o término do tratamento é necessário que o paciente continue em acompanhamento, realizando consultas clínicas periodicamente com a finalidade de confirmar se o paciente continua em remissão de sua doença ou não, assim como avaliar as toxicidades relacionadas ao tratamento. Testes de avaliação dos efeitos tardios incluem exame físico ou laboratorial para análise dos órgãos ou sistemas como o cérebro, coração, pulmões, tireóide, gônadas, medula óssea, ossos e tecidos de partes moles (músculos, cartilagens, entre outros), e testes psicológicos (avaliação cognitiva, aprendizado, emocional). Os efeitos tardios do tratamento podem manifestar-se mais precocemente ou a longo prazo, dependendo do tratamento que foi utilizado e da idade da criança ao ser exposta ao tratamento. Por exemplo, muitos dos efeitos ligados à radioterapia tais como os endocrinológicos (crescimento, hipotireoidismo, entre outros), podem não ser manifestados nos primeiros anos após o término do tratamento. Alguns efeitos provocados pela quimioterapia podem também se manifestar mais tardiamente como por exemplo insuficiência renal, cardiomiopatia, perda de audição (LOPES, et al, 2000).

2.4.1 Cirurgia

A abordagem cirúrgica específica pode mudar por questões diversas. A cirurgia diagnóstica, como a biópsia, normalmente é realizada visando-se obter uma amostra tissular para a análise das células que são suspeitas de serem malignas. Na maior parte dos casos, a biópsia é feita a partir do tumor real. Este tipo de cirurgia é o método definitivo de identificação das características celulares que influenciam todas as decisões de tratamento. A cirurgia pode ser o método primário de tratamento como pode ser profilática, paliativa ou reconstrutora. Quando a cirurgia é a conduta primária no tratamento do câncer, a meta consiste em remover todo o tumor ou o máximo possível e qualquer tecido circunvizinho envolvido [...] (SMELTZER; BARE, 2005).

As condutas cirúrgicas mais comuns usadas para o tratamento de tumores primários são as excisões, local e ampla. Quando a massa é pequena a excisão local é mais assegurada. Ela inclui a remoção da massa e de uma pequena margem de tecido normal que é de fácil acesso. As excisões amplas ou radicais incluem a remoção do tumor primário, dos linfonodos, das estruturas adjacentes envolvidas e dos tecidos ao redor que podem estar em alto risco de disseminação tumoral. Este último método cirúrgico pode resultar em uma desfiguração e funcionamento alterado. As excisões amplas são consideradas, no entanto, se o tumor pode ser removido completamente e se as chances de cura ou controle são favoráveis (SMELTZER; BARE, 2005).

É indispensável dispor de serviços excelentes de cirurgia infantil e anestesia para o tratamento das crianças com câncer. Nas crianças portadoras de tumores sólidos freqüentemente há uma necessidade de ressecção completa com evidências documentadas de margens negativas, para cura ou controle em longo prazo. Um prolongamento considerável da sobrevida geralmente depende do fato de o tumor ser ressecável e da extensão real da sua ressecção (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

A cirurgia profilática consiste em remover os tecidos que não são vitais ou os órgãos que tem uma maior probabilidade de desenvolver o câncer. Existem fatores que são considerados quando se escolhe uma cirurgia profilática, que são: história familiar e predisposição genética; presença ou ausência dos sintomas; riscos e benefícios potenciais; capacidade de detectar o câncer em estado inicial; aceitação do resultado pós-operatório pelo paciente (SMELTZER; BARE, 2005).

Como os efeitos fisiológicos e psicológicos em longo prazo geralmente são desconhecidos, a cirurgia profilática é oferecida como forma seletiva para pacientes e discutida amplamente com o paciente e a família. São fornecidos o ensino e o aconselhamento pré-operatórios, bem como o acompanhamento em longo prazo (SMELTZER; BARE, 2005).

A cirurgia paliativa é realizada como uma tentativa de aliviar as complicações causadas pelo câncer, como as ulcerações, as obstruções, hemorragias, a dor e os derrames malignos (SMELTZER; BARE, 2005).

Quando não há possibilidades de cura, os objetivos do tratamento são de tornar o paciente o mais confortável possível, promover uma vida que seja satisfatória e produtiva pelo período mais logo possível. Caso o período seja extremamente curto ou demorado, o principal objetivo é de uma boa qualidade de vida, onde essa qualidade deve ser definida pelo paciente ou pela família. Uma boa comunicação honesta e informativa com o paciente e a família a respeito da meta da cirurgia é imprescindível para evitar a falsa esperança ou o desapontamento (SMELTZER; BARE, 2005).

2.4.2 Radioterapia

A radioterapia constitui o uso de feixes ionizantes de alta energia, utilizado para tratar o câncer e determinados distúrbios benignos. Ela provoca a lesão molecular e alterações bioquímicas, bem como a eventual morte celular (NETTINA, 2003).

Quase todos os pacientes com câncer recebem uma forma de radioterapia em algum momento durante seu tratamento. A radiação pode ser usada como uma forma de curar o câncer, e também para controlar a doença maligna quando um tumor não pode ser removido pelos meios cirúrgicos ou quando há uma metástase nodal local (SMELTZER; BARE, 2005).

O objetivo da radioterapia é de administrar uma dose precisa de radiação a um volume tumoral definido, causando assim a mínima lesão possível ao tecido que está saudável adjacente, resultando assim na erradicação do tumor, na alta qualidade de vida e prolongamento da sobrevida a um custo razoável (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

Todos os pacientes sofrem simulação e planejamento de tratamento. Quando o volume alvo é identificado por radiografia, cintilografia ou exame físico, a unidade de tratamento é selecionada, determinam-se o *design* e o padrão de fornecimento, a dose total a ser administrada e a dose por dia. O programa habitual vai de segunda a sexta, a terapia real dura minutos, a maior

parte do tempo é gasta no posicionamento. São idealizados os planos de tratamento computadorizados, logo após são feitos blocos de chumbo, para moldar o feixe e proteger os tecidos normais. Os dispositivos de imobilização (apoios de cabeça, aparelhos) são idealizados para garantir o posicionamento correto; são feitas marcas cutâneas, para definir o alvo e o portal (NETTINA, 2003).

Além das tentativas de cura, a irradiação desempenha um papel importante na prevenção efetiva dos sintomas no tratamento do câncer. A dor pode ser aliviada, a luz pode ser desobstruída, a integridade óssea preservada e a função do órgão restabelecida com uma morbidade mínima em várias circunstâncias clínicas (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

A radioterapia é usada com mais cuidado e cautela nas crianças, as quais são mais susceptíveis do que os adultos aos seus efeitos colaterais adversos da radiação ionizante. Com o emprego de feixes mais concentrados, como na radioterapia conformal (uma tecnologia em que o feixe se adapta ao formato do tumor, maximizando assim a quantidade de tecido normal poupado), e uma melhor sedação e técnicas de imobilização a radioterapia está se tornando cada vez mais freqüentemente aplicada em crianças (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

A maioria dos esquemas da radioterapia, requer tratamento de 5 dias por semana durante 4 ou 7 semanas, dependendo da dose necessária para controlar o tumor, da quantidade e da natureza do tecido normal no campo. A maioria dos efeitos colaterais só é observada até a segunda metade do tratamento. Os efeitos tardios podem ocorrer meses até anos após a radioterapia, e geralmente são manifestações dose-limitantes. O tipo de toxicidade tardia também depende do local da irradiação. Os exemplos são retardo do crescimento devido à radioterapia craniana ou vertebral, insuficiência pulmonar e cardíaca pela radioterapia de tórax, estenoses e aderências na radioterapia abdominal e infertilidade com radiografia pélvica (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

2.4.3 Quimioterapia

Na quimioterapia, os agentes antineoplásicos são utilizados para destruir as células tumorais ao interferir com as funções celulares e a reprodução. Ela engloba o uso de vários agentes quimioterápicos e hormônios. A quimioterapia pode ser combinada à cirurgia ou a radioterapia, para diminuir o tamanho do tumor no período pré-operatório. Os objetivos da quimioterapia devem ser realistas, pois elas definirão os medicamentos que serão utilizados e a agressividade do plano de tratamento (SMELTZER; BARE, 2005).

A quimioterapia visa destruir ao máximo as células tumorais possíveis com efeito mínimo sobre as células saudáveis. Os objetivos da quimioterapia são: curativo, onde há uma resposta completa do tumor; de controle que visa estender a vida do paciente, quando uma cura não for possível e de alívio, onde há uma redução da carga tumoral, para aliviar os sintomas, como dor, e melhorar a qualidade de vida do paciente (NETTINA, 2003).

As células que não se dividem ou com divisão lenta são as menos susceptíveis à quimioterapia e à radioterapia, como neurônios, células musculares, tecido conjuntivo. Entretanto, as crianças não estão isentas às toxicidades desses tecidos, durante o crescimento e nos picos de crescimento (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

3 O PAPEL DA ENFERMAGEM E AS PARTICULARIDADES DO CÂNCER

3.1 IDENTIFICAÇÃO PRECOCE PODE SER UM DIFERENCIAL

A equipe de enfermagem desempenha importante papel na assistência da criança e adolescentes com câncer, por ser o profissional que permanece ao lado o tempo todo. Com ações humanizadas, avaliando o estado biopsicossocial do paciente diariamente, administrando os medicamentos e avaliando também os sítios de dor, preocupando-se sempre com o bem estar do paciente e de sua família.

Existem medidas preventivas práticas para câncer, em alguns casos o seu controle pode ser obtido por detecção e tratamento precoces. Na tentativa de detectar o câncer em um estágio inicial, é de grande relevância concentrar-se na fase oculta quando a lesão ainda é assintomática (SMELTZER; BARE, 2005).

Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida no câncer pediátrico. Um dos principais é o atraso no diagnóstico. A demora em procurar cuidados médicos pode ser consequência da precariedade dos serviços de saúde, falta de percepção da possibilidade de cura tanto do leigo como da classe médica e até mesmo de barreiras religiosas. O diagnóstico do câncer depende do esforço do paciente e da sua família em procurar os serviços médicos no início dos sintomas e da perspicácia e sabedoria do médico em considerar a possibilidade de câncer, estabelecendo o pronto diagnóstico e adequado encaminhamento. Os sinais e sintomas são muito inespecíficos, confundindo-se com moléstias frequentes da infância. Diferentemente de alguns tumores no adulto, o rastreamento para o câncer pediátrico é extremamente discutível (INCA, 2010).

O diagnóstico do câncer baseia-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da avaliação diagnóstica. Os pacientes com suspeita de câncer sofrem investigação extensa para: (1) determinar a presença do tumor e sua extensão; (2) identificar a possível disseminação (metástase) da doença ou invasão de outros tecidos corporais; (3) avaliar a função e órgãos dos sistemas corporais envolvidos e não-afetados; e (4) obter tecidos e células para análise, inclusive a avaliação do estágio e grau tumorais (SMELTZER; BARE, 2005).

Como a maioria dos tumores da infância é curável, a detecção precoce é fundamental. Além disso, existem diversos tipos de câncer com indicações de terapia diferente nos casos iniciais e na doença avançada. De fato, a detecção precoce frequentemente diminui a quantidade e a duração do tratamento necessário para a cura e podendo assim, levar não somente a um maior potencial para a cura, mas também poupar o paciente de um tratamento intensivo e prolongado (BEHRMAN; KLIEGMAN, 2005).

Segundo a publicação trimestral do INCA, hoje já existe um arsenal de tecnologia tanto de diagnóstico quanto de tratamento que se mostra eficaz contra o câncer infanto-juvenil, trazendo grandes chances de cura. Mesmo assim, apesar dos progressos conquistados, ainda é necessário um avanço no diagnóstico precoce. A importância de se qualificar cada vez mais o médico das UBS e capacitar centros de tratamento para que o diagnóstico do câncer infanto-juvenil seja realizado precocemente e tratado de forma adequada em todas as regiões do país.

Se os tratamentos evoluíram, o diagnóstico precoce ainda se mantém como sendo um fator-chave, que nem sempre é fácil. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas não são específicos, podendo ser confundidos com as doenças que são comuns na infância. Assim, o conhecimento e a ação do médico que acompanha a criança, bem como a atenção dos pais são

cruciais para a obtenção de um resultado favorável. Se a criança estiver com alguma queixa de saúde persistente, os pais devem ficar atentos. É mais provável que os sintomas estejam mesmo relacionados a problemas comuns da idade, mas é recomendável uma consulta ao pediatra. Infelizmente, muitas vezes por desconhecimento ou medo da descoberta do câncer, os pais acabam se negando a reconhecer os sintomas do filho e retardam a ida ao médico. Esse sem dúvida é o pior caminho, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, maiores serão as chances de a criança superar a doença (VEJA, 2010).

A arte de examinar em pediatria é uma tarefa bastante difícil, e que requer habilidade técnica e sensibilidade por parte do examinador. Além de, muitas vezes, ele ter que lidar com crianças que estão extremamente irritadas pela hospitalização e pela própria patologia, o enfermeiro também precisa lidar com pais ansiosos e que, muitas vezes, buscam respostas e responsáveis pela tragédia familiar que estão vivendo. Nesse momento, o enfermeiro e sua equipe precisam ser pacientes e compreensivos e utilizar uma linguagem acessível e acolhedora (INCA, 2008).

Um dos papéis do enfermeiro é proporcionar oportunidades para que o paciente e sua família verbalizem seus receios acerca do resultado dos exames; apoiar o paciente e sua família durante todo o período de exames diagnósticos, reforçar e esclarecer as informações a serem administradas pelo médico. O enfermeiro também encoraja o paciente bem como os membros de sua família a comunicar e partilhar suas preocupações e a discutir suas dúvidas.

3.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CIRURGIA DE CÂNCER

Um dos papéis da enfermagem é reconhecer as necessidades do paciente e o impacto que o funcionamento e a imagem corporal alterados podem exercer sobre a qualidade de vida. É de extrema importância fornecer ao paciente e a família as oportunidades para que possam ser discutidas essas questões. As necessidades do paciente devem ser avaliadas e validadas com precisão em cada situação para qualquer tipo de cirurgia (SMELTZER; BARE, 2005).

O profissional deve encorajar o paciente reduzindo a ansiedade, para isto ela deve apoiar e preparar a criança para o cuidado cirúrgico rotineiro ou cuidado com o membro amputado, se for o caso. Envolver os pais no plano de ensino e assegurar-se de que todos sabem o que esperar antes de ir para a cirurgia; no caso da amputação, a criança deve ser orientada sobre a importância e a necessidade de fisioterapia para os exercícios como a deambulação com muletas

e a necessidade de próteses; é importante incentivar os pais a fazer perguntas e a compreender os riscos e benefícios da cirurgia; preparar os pais para a aparência dos filhos no pós-operatório. Ela deve compreender que os adolescentes precisam de tempo e apoio para aceitar o diagnóstico de cirurgia, como também para lamentar a perda de parte do corpo, quando é realizada a amputação; tentar apresentar o adolescente a outros com o mesmo diagnóstico e que se submeteu a tratamento parecido e sugerir roupas que irão camuflar a prótese (NETTINA, 2003).

O paciente que é submetido a uma cirurgia para o câncer requer o cuidado de enfermagem específico relacionado com a idade do paciente, com o seu comprometimento orgânico, com seus déficits nutricionais, com os distúrbios da coagulação e imunidade alterada que possam aumentar os riscos de complicações pós-operatórias (SMELTZER; BARE, 2005).

O profissional de enfermagem fornece informações e apoio emocional ao avaliar as necessidades do paciente e de sua família, explorando juntamente com eles seus medos e mecanismos de enfrentamento, encorajando-os a ter um papel ativo na tomada de decisões, sempre que possível (SMELTZER; BARE, 2005).

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA RADIOTERAPIA

O paciente que recebe radioterapia e sua família geralmente tem perguntas e preocupações a respeito de sua segurança. A enfermeira deve explicar o procedimento para liberar a radiação, descrever o equipamento, a duração do procedimento e a ausência de novas sensações inclusive a dor durante a sessão de radioterapia, podendo assim, esclarecer as dúvidas e acabar com os medos em relação aos efeitos da radiação sobre os outros, sobre o tumor, os tecidos e órgãos normais do paciente (SMELTZER; BARE, 2005).

O profissional de enfermagem deve estar atento e informar ao paciente e seus familiares sobre os efeitos colaterais, como fadiga e indisposição; eritemas na pele, alterações no paladar, dispnéia, lesão da vasculatura dos órgãos, deve avaliar as funções gastrintestinais, respiratória e renal; avaliar a compreensão do paciente a respeito do tratamento e seu estado emocional; instruir que não se deve aplicar loções, pomadas ou cosmético no local que receberá irradiação, evitar roupas apertadas sobre a área de tratamento, ao tomar banho usar apenas água morna e sabão neutro (NETTINA, 2003).

Durante a radiação o profissional de enfermagem deve estar atento as medidas de segurança, como utilizar proteção específica diante do corpo quando houver exposição

penetrante; não demorar mais que o necessário para atender o paciente; não descartar curativos ou roupas sem ter a certeza que não há fonte radioativa presente. Essas medidas são imprescindíveis para a segurança da equipe hospitalar, para o paciente e seus familiares (NETTINA, 2003).

3.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA QUIMIOTERAPIA

A equipe de enfermagem tem um importante papel na avaliação e no controle de muitos dos problemas experimentados pelo paciente que se submete a quimioterapia. Devido os efeitos sistêmicos sobre as células normais, e sobre as malignas, esses problemas freqüentemente são disseminados, afetando muitos sistemas corporais (SMELTZER; BARE, 2005).

As principais vias de administração são a oral; intravenosa; intramuscular, subcutânea; intratecal/intraventricular (administrado por injeção através de um reservatório ou por punção lombar); intra-arterial; intracavitário (como na cavidade peritoneal); intravesical (no útero ou bexiga) e tópico. A dosagem é baseada na área de superfície (mg / m^2) em crianças e adultos. (NETTINA, 2003).

O profissional de enfermagem é responsável pela segurança tanto do paciente como de sua equipe durante as seções de quimioterapia, bem como o descarte seguro dos materiais utilizados e dos agentes quimioterápicos. Ela deve estar ciente dos efeitos colaterais causados pela quimioterapia, como a alopecia, anorexia, fadiga, náuseas e vômitos, mucosites, anemia, neutropenia, trombocitopenia, entre outros, e informá-los ao paciente e seus familiares, prestando toda a assistência necessária. Deve estar atenta e monitorar os efeitos biológicos causados pelos agentes quimioterápicos, avaliando o sistema tegumentar; gastrointestinal; hematopoiético; respiratório e cardiovascular; neuromuscular; genitourinário. Avaliar os riscos de infecções relacionados à neutropenia; aos riscos de sangramentos; monitorar os SSVV; reforçar os bons hábitos de higiene; monitorar a contagem de leucócitos e a contagem diferencial; evitar procedimentos invasivos quando a contagem de plaquetas for inferior a $50.000/\text{mm}^3$; monitorar e examinar as fezes, urinas e vômitos, à procura de sangue; relatar os sinais de infecção (áreas eritematosas, placas esbranquiçadas, úlceras); garantir que o paciente faça uma boa higiene conheça os sintomas de infecção a serem relatados e evite aglomerações e pessoas com infecção enquanto neutropênico; tranquilizar o paciente de que o cabelo geralmente volta a crescer,

podendo ressurgir com uma textura ou cor diferente, sugerir o uso de perucas, cachecóis ou bonés (NETTINA, 2003).

A anorexia, náuseas, vômitos, paladar alterado e diarreia põem o paciente em risco de distúrbios nutricionais e hidroeletrólíticos. Alterações na mucosa e do trato gastrointestinal podem levar à irritação da cavidade oral e do trato intestinal, ameaçando ainda mais o estado nutricional do paciente. Por isso, a importância da enfermeira avaliar com frequência o estado nutricional e hidroeletrólítico do paciente e utilizar meios para incentivar uma ingestão hídrica e nutricional adequada (SMELTZER; BARE, 2005).

A supressão da medula óssea e do sistema imune são conseqüências esperadas da quimioterapia e servem como um guia para a determinação da dosagem apropriada. Porém esse efeito também aumenta o risco de anemia, infecções e distúrbios hemorrágicos. Por isso, o histórico e o cuidado de enfermagem focalizam a identificação e a modificação dos fatores que aumentam ainda mais o risco do paciente. Os resultados dos exames laboratoriais, principalmente o hemograma completo, são monitorados rigorosamente. O paciente e seus familiares são orientados sobre as medidas para evitar esses problemas em casa (SMELTZER; BARE, 2005).

3.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA HOSPITALIZAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR

A experiência do câncer é um momento extremamente difícil, tanto para a criança como para seus familiares sendo comum que a presença deste tipo de doença gere sentimentos dolorosos e negativos, levando em conta que a família está lidando com uma situação que gera incertezas, medo, dúvidas e muitas vezes com a expectativa de morte. No início da doença, é necessário estimulá-los para que percam o medo e colaborem nos cuidados. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente que é de fundamental importância. É essencial que não falte ao paciente nem à sua família, desde o início do tratamento, o suporte psicossocial necessário.

Os avanços na área da Oncologia mudaram radicalmente as perspectivas de tratamento do câncer, que há muito deixou de ser fatal. Hoje, é uma doença crônica, tratável e, geralmente, curável especialmente se diagnosticado precocemente. Apesar disso, à hora do diagnóstico ainda é um choque para o paciente, quase uma sentença de morte. Um estigma da época em que não eram disponíveis terapias eficazes, como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. Embora isso

seja coisa do passado, são freqüentes os casos de depressão e de desequilíbrio emocional que podem interferir na continuidade da rotina de tratamento e até mesmo na resposta do organismo, mais fragilizado e vulnerável (REDE CÂNCER, 2010).

Além do cuidado integral na recuperação biológica, é preciso que se garanta tanto ao paciente, como para sua família um apoio psicossocial necessário durante todo o processo. Para que isso ocorra é essencial o trabalho conjunto de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos (VEJA, 2010).

No INCA, as equipes médicas de todas as suas unidades contam com o apoio de psicólogos, que encaminham os pacientes sempre que necessário em todas as etapas do tratamento, do diagnóstico à readaptação dos operados. O acompanhamento psicológico e social é fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, garantindo melhores resultados nas terapias. O medo da morte pode afetar o paciente emocionalmente a ponto de interferir no seu tratamento e no restabelecimento, ou mesmo acelerar a doença. É comum a sensação de perda, principalmente no início. Em um momento como esse, devemos ajudar o paciente a ganhar confiança e a valorizar as pequenas conquistas, a cada etapa superada (REDE CÂNCER, 2010).

A hospitalização representa para a criança uma situação nova, diferente de todas as que até então conheceu. Encontra-se fora do ambiente familiar, cercada de desconhecidos que exploram e realizam exames no seu corpo, sem que ela mesma tenha tido a possibilidade de decidir. Normalmente esta hospitalização é realizada em uma atmosfera de angústia, tensão, medo e insegurança, tanto para a criança quanto para seus familiares, o que acarreta muitas outras situações desagradáveis como novos horários, exames dolorosos, abandono da atividade escolar, afastamento do ambiente familiar, falta de estímulo social. Tudo isso acaba gerando na criança reações diferentes que tanto podem ocorrer no momento da hospitalização, que se manifestam por gritos, choros, recusa em permanecer no hospital, como também reações mais tardias, após a hospitalização, que são atitudes de punição, retrocesso ou agressão, que se manifestam por problemas com alimentação, problemas com o sono, estados depressivos e alterações do comportamento em geral. Existem vários fatores que influenciam essas reações, como o grau de informação da criança, que para conseguir uma melhor aceitação hospitalar o enfermeiro responsável, de acordo com a idade da criança deve explicar as razões da internação, os tipos de exames que a criança será submetida (em que vai consistir e que benefícios se vão obter com eles), contribuindo assim para diminuir o medo e a angústia que a criança possa sentir. Outro fator que influencia bastante é o comportamento da equipe de enfermagem, as enfermeiras devem

aproximar-se da criança para ajudá-la a superar o medo e a angústia, tendo em vista que não se trata de substituir a mãe em seu papel, mas de complementá-la, tentando criar um sentimento de segurança e confiança na criança (CARIDADE et al, 1998).

É importante saber portar-se com pacientes de todas as idades, principalmente com as crianças, que requerem uma atenção diferenciada. É de grande valia os incentivos a trabalhos lúdicos, como desenhos e brincadeiras com massinha, porque ajudam a aproximar os profissionais e os pacientes. As crianças precisam estar bem à vontade para se expressar, já que elas não se comunicam da mesma forma que um adulto (INCA, 2010).

O histórico de enfermagem focaliza o estado mental e psicológico do paciente, na medida em que ele e sua família defrontam com a experiência de risco de vida, com exames diagnósticos e de modalidade de tratamentos desagradáveis, e principalmente a progressão da doença. O humor e a reação emocional do paciente ao resultado dos exames diagnósticos e prognósticos são avaliados juntamente com a evidência de que o paciente está progredindo através dos estágios de pesar e pode conversar sobre o diagnóstico e o prognóstico com a família (SMELTZER; BARE, 2005).

A enfermeira deve incentivar e facilitar as atividades de lazer para as crianças e usar a oportunidade de se comunicar com elas através de brincadeiras; proporcionar atividades de diversão apropriadas; incentivar a independência e dar oportunidades que permitam que a criança controle o ambiente; explicar o diagnóstico e o tratamento em termos que a criança possa entender (NETTINA, 2003).

As seqüelas psicológicas do câncer têm seus períodos tanto de exacerbação, quanto o de declínio que perdura durante toda a trajetória da doença, desde o surgimento dos sintomas, diagnóstico, estágio inicial, recorrência, adaptação em longo prazo ou morte (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

A família do paciente também vivencia este momento de insegurança e impotência. Por isso, os familiares também devem receber o atendimento psicológico, com total suporte e acompanhamento do serviço social. A família deve estar unida para apoiar a recuperação do paciente. Esse contato traz mais esperança, estímulo e força para o paciente superar todas as etapas do tratamento (INCA, 2010).

A hospitalização destas crianças pode ser muito prolongada, o que acaba gerando um envolvimento emocional da equipe de enfermagem com o paciente e seus familiares, o que atribuído pela à agressividade e longevidade do tratamento que favorecem o estabelecimento de

vínculos afetivos. Tendo em vista esses fatores, é ressaltada a importância do preparo psicológico da enfermagem, entendendo que a conscientização a cerca dos aspectos emocionais envolvidos na ação do dia-a-dia desta equipe facilita e aprimora o cuidado (SILVA, et al, 2005).

A enfermeira precisa estar consciente de que este é um momento muito difícil tanto para o paciente, como para seus familiares, ela deve estar disponível para os pais, quando quiserem expor seus sentimentos; oferecer amizade, preocupação e sinceridade, não deve esconder nem omitir fatos; tentar fazer com que os pais conversem com os pais de outras crianças que estejam também sob terapia; ajudar aos pais a lidar com os outros membros da família, principalmente outros filhos; incentivar os pais a participar de atividades diárias, para ajudá-los a se sentirem como parte do tratamento do filho e a discutir as preocupações sobre possíveis limitações das atividades do filho; formentar a esperança de que a terapia será eficaz e irá prolongar a vida (NETTINA, 2003).

3.6 A DOR ONCOLÓGICA

Dor é uma sensação desagradável, variável em intensidade e extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especializadas em sua recepção (SMELTZER; BARE, 2005).

A dor e o desconforto geralmente estão relacionados com a doença, com a pressão que o tumor exerce, ao crescimento do tumor, pela infiltração em áreas inervadas ou compressão de tecidos e nervos, por procedimentos diagnósticos ou pelo próprio tratamento do câncer. A dor do câncer é afetada por influências físicas e psicossociais, como em qualquer outra situação que também a envolva dor (SMELTZER; BARE, 2005).

No período do diagnóstico um terço dos pacientes sente dor, aumentando para dois terços, próximo à fase terminal da doença. Como a dor tem uma natureza complexa, é essencial uma abordagem por uma equipe multidisciplinar e a combinação das estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As evidências até hoje existentes estabelecem que a dor do câncer pode ser controlada em grande parte dos pacientes (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

Em pacientes com câncer avançado, a dor é a terceira queixa mais freqüente, sendo mais comuns as de fadiga e falta de apetite. É fundamental que se avalie o paciente como um todo, incluindo determinantes psicológicos e sociais, como crença, religiosidade, condição econômica e interações familiares (REDE CÂNCER, 2010).

Geralmente o tratamento moderno da dor é muito bom nas unidades de oncologia, com uma combinação de vários fármacos, da radioterapia para controlar metástases ósseas e em algumas vezes bloqueios nervosos. Estes são administrados geralmente pela equipe de dor, que é treinada em anestesia. A neurocirurgia também é útil para o controle da dor que não responde ao controle por outros meios (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

A enfermeira além de avaliar o sítio e a origem da dor, também avalia os fatores que acabam aumentando a percepção da dor do paciente, como o medo e apreensão, raiva, fadiga e isolamento social (SMELTZER; BARE, 2005).

A enfermeira deve reconhecer e avaliar imediatamente os pacientes com dor; reverter cada causa de dor, se possível; abordar e aliviar o medo; informar ao paciente a causa provável da dor, e, junto a ele, estabelecer objetivos com o alívio da dor à noite, em repouso e em movimento; informar claramente o paciente sobre mudanças de medicação, prováveis efeitos colaterais e a resposta esperada; escolher a via de administração mais apropriada, sendo a via oral a mais habitualmente utilizada para pacientes com dor crônica; apoiar a família e aqueles que cuidam dos pacientes com dor (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

A enfermeira tem papel fundamental no controle e avaliação da dor, pois está em contato direto e contínuo com o paciente, podendo perceber suas variações de comportamento e reação. Pela proximidade, pode criar vínculos, fator importante para que sua dor seja coerentemente avaliada e tratada (SMELTZER; BARE, 2005).

A equipe de enfermagem deve estar atenta a proporcionar o maior conforto possível a esses pacientes tentando minimizar a dor. As crianças devem ser posicionadas confortavelmente em colchões de água e cadeiras acolchoadas; os medicamentos devem ser administrados em esquema preventivo, antes que a dor se torne intensa; usar o conhecimento do crescimento e desenvolvimento, a fim de preparar a criança para os procedimentos, como os aspirados da medula óssea, punções espinhais, transfusões sanguíneas e quimioterapia; administrar a sedação consciente antes dos procedimentos e monitorar a frequência cardíaca, pressão arterial, respirações e oximetria de pulso durante e depois dos procedimentos; proporcionar um meio para conversar sobre a experiência (NETTINA, 2003).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer já é considerado como sendo uma das principais causas de morte entre crianças e adolescentes no Brasil, porém, atualmente, cerca de 70% desses pacientes tem a possibilidade de serem curados. Entre os fatores que vem contribuindo estão o diagnóstico precoce, o desenvolvimento de drogas mais eficientes e a atenção ao contexto familiar e social do paciente, que são de extrema importância, por ser uma doença tão devastadora e temida por muitos.

A base para o acolhimento às crianças e adolescentes acometidos por essa doença, são as ações humanizadas, que deverão utilizar um olhar holístico para ajudar no cuidado, buscando assim a valorização da vida e agindo nas mudanças do cuidado em saúde que deverá ser lhes oferecido. Para isso, uma equipe multidisciplinar especializada deve ser envolvida, na tentativa de fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos biopsicosociais desses pacientes. Essas crianças e adolescentes deverão ser assistidas por profissionais qualificados e capazes de utilizar com habilidade a escuta qualificada de modo que venha a estabelecer uma interação humanizada e solidária para ambas às partes.

O presente trabalho mostra que a equipe de enfermagem desempenha importante papel na assistência da criança e adolescentes com câncer, pois é o profissional que permanece ao lado 24h. Através do processo de enfermagem como método sistemático de prestação de cuidados humanizados, avalia esses pacientes diariamente, bem como seu estado biopsicossocial, planeja uma assistência individualizada, administra os medicamentos necessários ao tratamento, avalia a dor e as respostas terapêuticas, proporcionando conforto e bem estar assim como também apoio a sua família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343, acesso em 23 de fev. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Nov, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/clipping232411.pdf>, acesso em 14 de abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Apoio Psicológico e Social Garante Melhores Resultados. Auto-estima em Alta.** Disponível em: http://www1.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_4/assistencia.pdf. Acesso em 14 de Abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **A missão de Trazer Alívio.** Disponível em: http://www1.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_10/21_assistencia.pdf. Acesso em 14 de abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf. Acesso em 14 de Abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. Uma proposta de integração ensino-serviço.** 3ª Ed. Rio de Janeiro, 2008, p 233.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica.** 4ª ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996. p 48.

KLIEGMAN, Robert M; JENSON, Hal B; BEHRMAN, Richard E. **Nelson Tratado de Pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LOPES, L.F.; CAMARGO, B.; BIANCHI, A. **Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil**. Departamento de Pediatria do Hospital do Câncer. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v 46, n 03, p 277-283, 2000.

MARTINS, Gilberto Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007. p 54.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: GUANNABARA KOOGAN S.A. 2003, p140.

REDE CÂNCER. **Câncer em Crianças e Adolescentes ganha Informações Inéditas. Um futuro de Possibilidades**. Rio de Janeiro, V 07, p 14-19, fevereiro 2009.

_____. **Fechando o cerco contra o câncer infantil. Os números do câncer**. Rio de Janeiro. V.05. p 22, junho 2008.

SPENCE, Roy. A.J; JOHNSTON, Patrick G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

SILVA, Gisele. M; THELES, Shiley S; VALLE, Elizabeth R.M. **Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil-período de 1988 a 2004**. Revisão de literatura. Publicações brasileiras sobre câncer infantil. Revista brasileira de cancerologia, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao4.pdf>

SMELTZ, Suzanne C; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth- **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. V 01.

VASCONCELOS, Roberta F.; ALBUQUERQUE, Valéria B.; COSTA, Maria F.G. **Reflexões da clínica terapêutica ocupacional junto à crianças com câncer na vigência da quimioterapia.** Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo, v 52, p 129-137, 2006.

VEJA. **O mesmo tipo de câncer pode ter tratamentos diferentes. Tudo depende da genética.** Ed. 2171, Ano 43. Nº 26. Junho, 2010. p47.

VEJA. **Câncer Infantil tem Cura.** Ed. 2160, Ano 43. Nº 15. Abril, 2010. p51.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. Metodologia **Científica para a área da saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.