



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO: BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DAIANE MARQUES CABRAL
PROFA. DRA. HÉRICA PAIVA FELISMINO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM NEUROBLASTOMA:
CUIDADOS PALIATIVOS À LUZ DA LITERATURA.**

Natal/RN

2015

DAIANE MARQUES CABRAL

**PROCESSO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM NEUROBLASTOMA: cuidados
paliativos à luz da literatura.**

Artigo científico apresentado ao
Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro
Universitário do Rio Grande do
Norte, como requisito final para
a conclusão da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso
II.

Natal/RN

2015

RESUMO

O câncer é uma doença da célula em que os mecanismos normais de controle do crescimento e proliferação são prejudicados, o que resulta em alterações morfológicas distintas da célula e em alterações nos padrões teciduais. Essa patologia corresponde a segunda maior causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos. O Neuroblastoma é um câncer embrionário do sistema nervoso simpático periférico. Destaca-se como o terceiro tipo mais frequente de câncer pediátrico, responsável por cerca de 8% das doenças malignas na infância. O objetivo deste trabalho é identificar, à luz da literatura, os cuidados paliativos à criança com câncer, com ênfase no Neuroblastoma. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo qualitativo com abordagem exploratória. Foram selecionados dezoito artigos que se enquadravam com a questão norteadora da pesquisa. Os resultados obtidos indicam que processo é complexo, mas que o diagnóstico precoce pode ser melhorado no desenvolvimento de estratégias de saúde pública para a detecção. Os cuidados paliativos na oncologia pediátrica têm o objetivo de proporcionar conforto à criança na sua terminalidade de vida por meio do alívio da dor e dos sintomas. Cuidar de crianças com câncer significa lidar com um ser humano e sua família em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade física, emocional e social. Tal situação exige da enfermagem, além de competência técnica e científica sobre a fisiopatologia da doença e seu tratamento, uma ação interpessoal, resultando em uma assistência sistematizada.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos, Enfermagem, Criança e Neuroblastoma.

ABSTRACT

Cancer is a disease of the cell in which the normal control growth and proliferation mechanisms are impaired, resulting in distinct morphological changes of cell and aberrations in tissue patterns. This disease is the second leading cause of death in the age group 1-19 years. Neuroblastoma is an embryonal cancer of the peripheral sympathetic nervous system. It stands out as the third most common type of childhood cancer, accounting for about 8% of malignancies in childhood. The objective of this study is to identify, based on literature, palliative care to children with cancer, with emphasis on Neuroblastoma. This is a bibliographic research, with qualitative exploratory approach. Eighteen articles were selected that met with the guiding research question. The results indicate that the process is complex, but early diagnosis can be improved in the development of public health strategies for detection. Palliative care in pediatric oncology are designed to provide comfort to children in their terminally life through relief of pain and symptoms. Caring for children with cancer means dealing with a human being and his family in situation of great fragility and vulnerability physical, emotional and social. This situation requires nursing, as well as technical and scientific competence of the pathophysiology of the disease and its treatment, an interpersonal action, resulting in a systematic assistance.

Keywords: Palliative medicine care, Nursing, Child and Neuroblastoma.

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Conforme Nettina (2007, p. 132), “câncer é uma doença da célula em que os mecanismos normais de controle do crescimento e proliferação são prejudiciais, o que resulta em alterações morfológicas distintas da célula e em aberrações nos padrões teciduais”.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), por meio dos desenvolvimentos terapêuticos no diagnóstico e tratamento do câncer infantil nos últimos anos, foi possível atingir um crescimento na sobrevida e cura, em até 70% das crianças diagnosticadas precocemente. Todavia, mesmo com o melhoramento, o câncer, corresponde a segunda maior causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos. Onde no Brasil, correspondeu a 8% de todos os óbitos no de 2005. (BRASIL, 2015).

O Neuroblastoma (NB), “é o tumor sólido extracraniano mais comum em crianças, responsável por cerca de 8 a 10% dos tumores na infância sendo o mais comumente diagnosticado em lactentes menores de um ano”. (OLIVEIRA, 2009, p.60).

É de extrema relevância, a realização de um diagnóstico diferenciado, frente a outros tumores infantis, o que resultará em um diagnóstico precoce, o qual se torna imprescindível, para o aumento da sobrevida. (OLIVEIRA, 2009, p.61).

O processo de morte tem sido uma preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabeleceu na década de 90 a modalidade de assistência denominada, cuidados paliativos.

Cuidados paliativos pediátricos, aqueles que buscam a melhoria da qualidade de vida da criança, com alívio da dor e outros sintomas físicos, bem como apoio às necessidades e expectativas espirituais e psicossociais da criança e família, visto que ambos são uma entidade única que precisa de cuidados durante o tratamento e momento de luto. (COUGHLAN, 2005, p.6)

Os cuidados paliativos podem ser introduzido no momento do diagnóstico e ofertado concomitantemente com a terapia direcionada à doença de base. Estudos descrevem que o diagnóstico consiste em um momento, de tensão, envolvidos de incertezas e estressante, o qual desencadeia um processo doloroso na vida dos familiares, devido ao convívio com a doença, além das preocupações acerca do futuro e o medo da morte. (CARVALHO, 2005, p.93).

De acordo com Carvalho (2005), a enfermagem tem papel fundamental nos cuidados paliativos, como também na aceitação do diagnóstico e auxílio para conviver com a doença.

1.2 JUSTIFICATIVA

Face ao exposto, o projeto justifica-se em demonstrar acerca da importância da capacitação nessa área e a busca pelo conhecimento, os quais podem influenciar numa atuação profissional com êxito. Pois percebi, em um determinado campo de estágio, que muitas das vezes o profissional de enfermagem, não tem o devido conhecimento, sobre a patologia, a qual presta assistência, motivando assim a busca por informações pertinentes à oncologia pediátrica e os cuidados específicos ao Neuroblastoma, com intuito de disseminar, para que os demais profissionais obtenham embasamento, para a melhoria das práticas, frente à criança acometida com a patologia.

Assim sendo, esse estudo fundamenta-se na seguinte questão norteadora: Quais as ações de Enfermagem no cuidado paliativo à criança com câncer, dando ênfase ao Neuroblastoma?

Sobretudo objetivou com este estudo identificar na literatura, o processo de Enfermagem à criança com Neuroblastoma, focando nos cuidados paliativos, nas formas de diagnósticos e nos tratamentos. Como objetivos específicos, procurou-se descrever o processo de Enfermagem implementados na assistência, enfatizando os cuidados inerentes aos portadores de Neuroblastoma, além disso, destacar a relevância dos cuidados paliativos prestados pela enfermagem à criança com câncer e seus familiares. E por fim, evidenciar as principais formas de diagnósticos e tratamentos da patologia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITOS GERAIS DO CÂNCER

De acordo com Brunner, Suddart (2006), câncer é uma doença que tem início quando uma célula se torna anormal devido a uma transformação por r celular. Esta célula modificada começa a se proliferar anormalmente, não respeitando os limites do crescimento, e, posteriormente, adquirindo características invasivas causando alterações nos tecidos circunvizinhos. Esta proliferação desordenada recebe o nome de metástase.

“A metástase começa com a invasão local, seguida pelo descolamento das células cancerosas que se disseminam por meio dos vasos linfáticos e vasos sanguíneos, e eventualmente estabelece um tumor secundário em outra área do corpo”. (NETTINA, 2007, p. 132).

Quadro 1 - DIFERENÇAS ENTRE TUMORES MALIGNOS E BENIGNOS

CARACTERÍSTICAS	BENIGNO	MALIGNO
Crescimento e diferenciação	Lento, expansivo, totalmente diferenciado	Invasivo, imaturo, mal diferenciado
Metástase	Ausente	Presente

FONTE: NETTINA (2005).

Distintivamente para o Ministério da Saúde (2008), o câncer em crianças geralmente acomete células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, à medida que em adultos a patologia afeta as células do epitélio, responsáveis em recobrir diferentes órgãos (câncer de mama, câncer de pulmão). Além disso, as patologias malignas da infância, por serem prevalentemente de natureza embrionária, são formadas por células indiferenciadas, o que delibera, em geral, uma adequada melhora, por meio dos métodos terapêuticos.

Para os tumores da infância e adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que nos permitam associação, de sua origem, com fatores ambientais ou hábitos de vida, por exemplo, como na maioria dos casos, de cânceres em adultos. Contudo a prevenção é um desafio para o futuro, porém se deve ser dada relevância para o diagnóstico precoce e uma orientação terapêutica de qualidade. (BRASIL, 2015).

Com base em referências dos registros de base populacional, do Ministério da Saúde (2008), são estimados mais de 9000 casos novos de câncer infanto-juvenil, no Brasil, por ano. Dessa forma, vale salientar a importância fundamental para o controle dessa situação e o alcance de melhores resultados, através das ações específicas do setor saúde, como também da organização da rede de atenção e desenvolvimento das estratégias de diagnóstico e tratamento oportunos.

2.2 CONCEITOS SOBRE NEUROBLASTOMA

Conforme Canever (2008), O termo neuroblastoma é normalmente utilizado para se referir a um amplo espectro de tumores neuroblásticos, incluindo os neuroblastomas, ganglioneuroblastomas e ganglioneuromas, que surgem a partir das células da crista neural que são responsáveis pela formação das células do sistema nervoso simpático e da medula da glândula adrenal.

O Neuroblastoma é um câncer embrionário do sistema nervoso simpático periférico. Se destacando como o terceiro tipo mais frequente de câncer pediátrico, responsável por cerca de 8% das doenças malignas na infância. Se caracterizando como a neoplasia mais comum em recém-natos, respondendo por 28-39% dos casos neonatais malignos. (OLIVEIRA, 2009, p.61).

Em geral, a área mais afetada é o abdome, presente em 65% dos casos, além de se apresentar na região medular e suprarrenal. Entretanto o surgimento de metástase ocorre em 60 % dos pacientes, principalmente em ossos, medula óssea, linfonodos e fígado. (CARAN, 2009, p. 73).

Os pacientes acometidos pelo Neuroblastoma têm em média dois anos, porém em geral 89% têm menos de cinco anos, até o diagnóstico, além de uma incidência em crianças do sexo masculino e de etnia branca. (OLIVEIRA, 2009, p. 61).

A origem da patologia, não é bem compreendida, onde algumas literaturas apontam eventuais ligações, com exposição à infecção nos primeiros anos de vida, uso de hormônios e/ou drogas para infertilidade, como também utilização materna de corantes capilares. (CANEVER, 2008, p.14). Portanto o quadro clínico do NB é extremamente variado, pois depende das características do tumor primário, de sua integridade, do comprometimento de estruturas vizinhas e da presença de metástases.

2.3 DIAGNÓSTICOS DO NEUROBLASTOMA

Devido o Neuroblastoma, se manifestar de forma semelhante a outras doenças infantis, o diagnóstico passa a ser dificultado, pois os sinais e sintomas, podem ocorrer, dependendo da localização do tumor e de sua extensão. De modo habitual, nota-se uma massa sólida, nodular, palpável no flanco ou na linha média que provoca desconforto abdominal. (OLIVEIRA,2009, p.62).

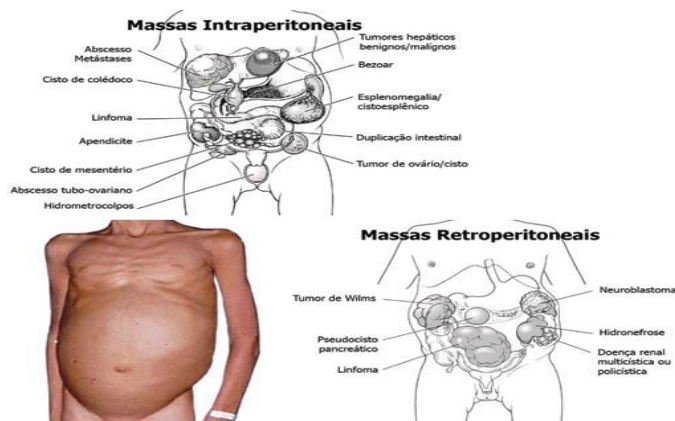


Figura 1 – Classificação dos tumores abdominais, de acordo com a localização: intra ou retroperitoneal.

Para Oliveira (2009), durante o exame físico a criança com NB pode apresentar irritabilidade, palidez e baixo peso, dependendo do estágio da doença. Além disto, os níveis de pressão arterial podem estar elevados, devido à produção de renina, ou ao aumento sérico de catecolaminas produzidas pelo tumor. Além disto, o hemograma pode constar alterado, devido, a infiltração da medula óssea. Em 90% dos pacientes com Neuroblastoma, o VMA (ácido vanilmandélico) e HVA (ácido homovanílico) constarão aumentados e podem ser mensurados na urina, auxiliando o diagnóstico.

Tumores malignos pediátricos geralmente não possuem marcadores. Entretanto, a alfafetoproteína (AFP) se encontra comumente elevada; a gonadotrofina coriônica também pode aumentar nos TCG; os metabólicos de catecolaminas: ácido vanilmandélico (VMA) e o homovanílico (HVA) se apresentam elevados, nos casos de neuroblastoma e feocromocitoma. (OLIVEIRA, 2009, p. 63).

A presença de catecolaminas na urina é um dos métodos mais viáveis e de baixo custo, para rastreamento do NB e acompanhamento durante do tratamento. Juntamente com este exame, o estudo primário do tumor, é feito por meio da localização, através da radiografia do tórax e abdome, sendo complementada com uma ultrassonografia abdominal.

Além disso, se faz necessário a realização de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para avaliar a extensão do tumor. (ANDRÉS, 2012, p.43).

Conforme Andrés (2012), o Neuroblastoma pode ser diagnosticado de forma relativamente fácil, por meio de um painel, constituído por critérios como: anatomia patológica (IPCN), estadiamento (INSS) e a valorização da resposta do tratamento (INRC).

Na presunção da patologia, o diagnóstico por critérios internacionais deve ser efetuado, por meio de uma biópsia do tumor e exame anatomopatológico ou demonstração inequívoca da presença de células tumorais na medula óssea, em associação com níveis elevados de catecolaminas urinárias.

Segundo Canever (2008), o diagnóstico definitivo de neuroblastoma necessita de patologistas que estão habituados a tumores de infância. Alguns neuroblastomas não podem ser diferenciados, por meio de microscopia óptica convencional de linfomas, tumores primitivos neuroectodérmico e rabmiossarcomas, sendo necessária a diferenciação por microscopia eletrônica (ME) ou imunohistoquímica.

“A idade no momento do diagnóstico é um importante fator de prognóstico em crianças com neuroblastoma, independente dos estadios da doença, quanto menor a faixa etária frente ao diagnóstico, maior a taxa de sobrevida”. (CANEVER, 2012, p. 16).

2.4 TRATAMENTO

De acordo com Oliveira (2009), o tratamento do NB depende de sua classificação de risco e estadiamento, podendo modificar desde apenas uma cirurgia, até o procedimento cirúrgico aliado a quimioterapia, radioterapia e/ou transplante de medula óssea. O prognóstico dependerá do grupo de risco, em que se enquadra a criança acometida.

Segundo o Sistema Internacional de Classificação do Neuroblastoma (INSS) - (Quadro 3), propuseram uma classificação dos pacientes em: baixo risco, risco intermediário e alto risco, com base em uma análise de fatores que influenciam o prognóstico do paciente, incluindo a idade ao diagnóstico, o sistema internacional de estadiamento, a histologia do tumor, o índice de DNA do tumor, e a amplificação do oncogene N-myc que contribuiu para avaliar o comportamento agressivo das células de neuroblastoma. (ANDRÉS, 2012, p.44).

Quadro 2 - SISTEMA INTERNACIONAL DE ESTADIAMENTO

Estádio 1	Tumor localizado, confinado à sua área de origem; excisão cirúrgica macroscópica completa; com ou sem doença microscópica residual; linfonodos ipso e contralaterais microscopicamente não acometidos.
Estádio 2A	Tumor unilateral, com excisão macroscópica incompleta; linfonodos ipso e contralaterais microscopicamente não acometidos.
Estádio 2B	Tumor unilateral com excisão macroscópica completa ou incompleta; linfonodos ipsolaterais regionais acometidos; linfonodos contralaterais microscopicamente não acometidos.
Estádio 3	Tumor cruzando a linha média, com ou sem envolvimento de linfonodos regionais; ou tumor unilateral, com envolvimento de linfonodos contralaterais; ou tumor de linha média, com envolvimento bilateral de linfonodos regionais.
Estádio 4	Tumor disseminado, acometendo linfonodos distantes, tecido ósseo, medula óssea, fígado e/ou outros órgãos (exceto os definidos pelo estágio 4S).
Estádio 4S	Tumor primário localizado como definido pelos estádios 1 ou 2, com disseminação limitada ao fígado, pele e/ou medula óssea.

FONTE: Brodeur GM, Pritchard J, Berthold F, Carlsen NL, Castel V, castelberry RP, et al. Revisões dos critérios internacionais para o diagnóstico de neuroblastoma, estadiamento e resposta ao tratamento. J Clin Oncol. 1993; 11 (8): 1466-1477. Review.

Segundo Andrés (2012), para pacientes classificados como baixo risco, a cirurgia é o principal tratamento, e apenas 20% necessitarão de uma quimioterapia adjuvante. Aos pacientes enquadrados no grupo de risco intermediário, o tratamento inclui a quimioterapia com ressecção do tumor quando possível. A radioterapia fica reservada para tumores irressecáveis após quimioterapia. Nos pacientes de alto risco o tratamento tem alcançado os melhores resultados por meio da multimodalidade, que inclui uma quimioterapia intensiva através de combinação de agentes, seguida de ressecção cirúrgica, doses elevadas de quimioterapia, para posterior transplante autólogo de medula óssea. No entanto a maioria dos pacientes apresenta metástases no momento do diagnóstico, isto compromete o transplante autólogo de medula óssea (TAMO). Nestes casos devem-se identificar as áreas a serem irradiadas e se fazer um Iodo-131- metaiodobenzilguanidina (MIBG terapêutico) antes do TAMO. Se necessário posteriormente pode-se realizar um tratamento com radioterapia individualizada e ácido 13 cis-retinóico.

2.5 NOÇÕES BÁSICAS ACERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Ministério da Saúde (2002), com base nos problemas de saúde em nosso país, publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002, onde introduziu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, possibilitando novos debates acerca da temática e da capacitação profissional, frente ao cuidado do paciente portador de doença crônico-degenerativa ou em fase final de vida e seus familiares.

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos – ABCP (1997) efetuou um levantamento dos serviços existentes para controle da dor e cuidados paliativos em todo o território nacional. Onde identificou que a abordagem paliativa é a única opção real para a maioria dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, sendo que tal assistência conta com apenas parte dos recursos financeiros disponíveis, uma vez que grande parcela da verba é destinada aos tratamentos curativos. Nesse sentido, torna-se necessário reconhecer que essa temática, muitas vezes negligenciada, é um problema de saúde pública.

Para o Ministério da Saúde (2008), para a realização dos cuidados paliativos, faz-se necessária uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que atuem sob a perspectiva interdisciplinar. Devem ser reconhecidos e valorizados igualmente, trabalhando em sintonia, de forma a contemplar a autonomia do paciente e de sua família.

Conforme Lima (2005, p. 50), “O diagnóstico do câncer acarreta interferências na vida do indivíduo doente, da família e da equipe de saúde”. Para enfrentar essa doença e as suas consequências, a família tem sido uma fonte de apoio, uma vez que faz parte do contexto no qual o indivíduo está inserido. Quando a família presta solidariedade ao paciente à recuperação é mais eficaz.

Sendo assim, é cabível ao profissional de enfermagem modificar suas atitudes frente ao cuidador/família, deixando de encará-los como empecilho à sua atuação. O enfermeiro precisa transpor a sua competência técnica para compreender o binômio indissociável que é o paciente-família. Quando o enfermeiro busca compreender a família e conhecimentos para tentar entendê-la e cuidá-la é que ele percebe o quanto esta precisa ser incluída no cuidar, sobretudo o cuidador principal. (LIMA, 2005, p. 52).

“Em se tratando de crianças, o cuidador principal é a mãe, que se define como a pessoa da família com o dever moral de ficar com a criança no hospital e se sente na obrigação de cuidar do filho”. (LIMA, 2005, p. 52).

Segundo, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2010), os diagnósticos de enfermagem “tensão devido ao papel do cuidador” e risco para tensão devida ao papel do cuidador”, passaram a ser inclusos e, portanto observados, pela assistência prestada pelo enfermeiro, frente à família, da criança portadora de câncer.

“Tensão devida ao papel de cuidador” é definida como dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família e “risco para tensão devido ao papel de cuidador”, quando um cuidador está vulnerável por sentir dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família. (BECK E LOPES, 2007, p. 514).

Segundo Coughlan (2005), o profissional de enfermagem, para prestar uma assistência com qualidade e de forma humanizada necessita inserir-se na rede social de cuidados paliativos, atuando de forma consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente.

A assistência paliativa é voltada ao controle de sintomas, sem função curativa, com vistas a preservar a qualidade até o final da vida. O paciente sob cuidados paliativos e sua família precisam de uma assistência, por meio de um cuidado mais complexo. O enfermeiro que atua nos cuidados paliativos do paciente com câncer precisa saber orientar tanto o paciente quanto sua família sobre os cuidados a serem feitos. (COUGHLAN, 2005).

“Os cuidados paliativos, também conhecidos como cuidados de conforto direcionam-se principalmente, ao fornecimento de alívio para uma pessoa com doença terminal através do controle dos sintomas”. (NETTINA, 2007, p. 134).

Os cuidados paliativos devem ser ativos e globais ao pacientes e também a sua família. A relevância da relação paciente- equipe de enfermagem - família, no processo de cuidar inclui a forma com que é abordado o assunto, a abertura que é dada ao paciente e à sua família e como é dada a notícia. (LIMA, 2005, p.51).

Salientando que o cuidado envolve ações integrativas, com base no respeito e conhecimento dos valores da pessoa que está sendo cuidada, por meio de uma relação dinâmica que busca, de forma sistemática, proporcionando medida de conforto. (Rodrigues, 2005, p.52).

2.6 CONCEITUANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Através desse conceito, surgiu o interesse em assimilar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir de novos referenciais, capazes de estender o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas e, sobretudo, para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano. (CASTILHO, 2009, p.280).

A Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe de Enfermagem, já que técnicos e auxiliares desempenham suas funções a partir da prescrição do enfermeiro. A SAE é a organização e execução do processo de Enfermagem, com visão holística e é composta por etapas inter-relacionadas, segundo a Lei 7498 de 25/06/86 - Lei do Exercício Profissional. (MURTA, 2007, p.253).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009), a sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, a qual é constituída de cinco etapas: Histórico de Enfermagem – HE, Diagnóstico de Enfermagem – DE, Planejamento de Enfermagem – PE, Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem ou Evolução de Enfermagem – EE.

- **1ª etapa - Histórico De Enfermagem - HE**

Constituído por entrevista e exame físico. A entrevista investiga a situação de saúde do cliente ou comunidade, identificando os problemas e necessidades passíveis de serem abordados nas intervenções de Enfermagem. O exame físico consiste nos quatro métodos propedêuticos: INSPEÇÃO, PALPAÇÃO, PERCUSSÃO e AUSCULTA, a chave para a realização de um exame físico eficiente é um sólido conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas. (CASTILHO, 2009).

- **2ª etapa – Diagnóstico de Enfermagem – DE**

Nessa fase o enfermeiro analisa os dados coletados e avalia o estado de saúde do cliente através da identificação e avaliação de problemas de saúde reais ou potenciais que são passíveis da resolução por meio das atividades de Enfermagem. (COFEN, 2009).

- **3ª etapa – Planejamento de Enfermagem – PE**

São as intervenções de Enfermagem. É a determinação global da assistência de Enfermagem que o cliente deve receber diante do Diagnóstico de enfermagem estabelecido, é o resultado da análise do Diagnóstico, examinando as alterações, necessidades afetadas e o grau de dependência. (MURTA, 2007).

- **4ª etapa - Implementação de Enfermagem - IE**

É a concretização do plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro apazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano. (COFEN, 2009).

- **5ª etapa – Avaliação – Evolução de Enfermagem (EE)**

É o relato apazado das mudanças sucessivas que ocorrem com o cliente enquanto está sob a assistência profissional. Anotar inicialmente a avaliação do plano de cuidado. Onde determina se os resultados foram atingidos, se as intervenções foram efetivas e se são necessárias modificações. Pode ser conceituada “ainda como a análise das respostas do cliente frente aos cuidados de enfermagem prescritos em função dos resultados obtidos no prazo determinado” (MURTA, 2007, p. 262).

Sobretudo a assistência de enfermagem, em pediatria tem suas particularidades visto que as necessidades das crianças e famílias raramente foram inclusas nos modelos de cuidados paliativos, os quais existem para adultos, mas não suprem as necessidades do público infanto-juvenil, o que impulsiona o enfermeiro, a buscar conhecimento, sobre o crescimento normal e desenvolvimento neuro-psicomotor, além de intervenções apropriadas para cada faixa etária.

Verificou-se que após o devido conhecimento, sobre a patologia e a faixa etária dos pacientes acometidos, se torna possível, prestar uma assistência individualizada e qualitativa, por meio da execução de um plano de cuidar prestado pelo enfermeiro, através da sistematização.

Baseando-se nisto, foi possível elencar os principais diagnósticos de Enfermagem, os resultados pretendidos e as intervenções a serem tomadas, frente à criança com Neuroblastoma, conforme será exposto no quadro a seguir.

Quadro 3 - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM, FRENTE À CRIANÇA COM NEUROBLASTOMA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES
MOBILIDADE FÍSICA COMPROMETIDA	- Movimenta-se dentro dos limites prescritos; - Segue as orientações de acompanhamento	- Avaliar a capacidade do paciente e/ou cuidador de realizar os cuidados pessoais e fatores que comprometem o desempenho. - Inicialmente, estimular, instruir e ensinar, como devem ser realizados os cuidados com a higiene pessoal, curativos e acesso venoso.
ANSIEDADE	- Exibe pouca ansiedade. - Verbaliza redução da ansiedade.	- Discutir os mecanismos usuais de adequação do paciente acometido. - Estimular e auxiliar a família a apoiar a paciente. - Auxiliar o paciente e família a manter o controle através do planejamento dos cuidados. - Incluir a família nas intervenções de apoio e medidas para aumentar as habilidades de adequação.
ADEQUAÇÃO FAMILIAR COMPROMETIDA PELO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	- Melhor convívio familiar. - Mantém sistema de apoio funcional. - Verbaliza ingesta dietética adequada.	- Permitir que os membros da família fiquem cientes sobre seus sentimentos. - Abordar a família com calor humano, respeito e apoio. - Reconhecer as forças da família. - Envolver a família no cuidado do paciente.
NUTRIÇÃO ALTERADA: ABAIXO DAS NECESSIDADES CORPÓREAS	Peso aumentado e ingesta dietética bem-equilibrada sem evidência de vômito	- Explorar a imagem corporal do paciente, conhecimento dos cinco grupos alimentares, comportamento em relação às refeições. - Monitorar o ganho de peso, aumento do tecido adiposo corporal.

DOR QUE
DECORRE DA
DISTENSÃO
ABDOMINAL E
CÓLICA

- Verbaliza diminuição da dor após as refeições.
- Pouca dor, controlada com analgésicos ou outras técnicas.
- Avaliar a regulação temporal, frequência e caráter da dor bem como sua relação com o alimento.
- Estimular a posição de Fowler e a mudança frequente de decúbito para conforto.
- Administrar analgésicos, antidiarreicos e antiflatulentos conforme prescrito.

INTEGRIDADE
CUTÂNEA
PREJUDICADA

- Nenhuma ruptura cutânea notada.
- Ter atenção quanto à condição cutânea geral, avaliando para rubor, clivagem, turgor deficiente e manter a integridade tecidual geral através da limpeza, lubrificação, acolchoamento das proeminências ósseas, mudanças frequentes de decúbito, hidratação e nutrição adequadas.

MINIMIZANDO O
MEDO

- 1- Estimular o paciente e a família a expressar os sentimentos e temores em conjunto e em separado.
 - 2- Reconhecer que é normal ter sentimentos negativos em relação ao câncer.
 - 3- Oferecer materiais educacionais, sobre a doença.
 - 4- Referendar para o aconselhamento, quando desejado.
- Dorme bem; capaz de discutir sentimentos e medos em relação à cirurgia, prognóstico e opções de tratamento.

FONTE: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 - 2014. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2012.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo qualitativo com abordagem exploratória, por meio de análise ampla da literatura.

A pesquisa qualitativa “verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser trazido em números”. (MINAYO, 2010).

Conforme Minayo (2010), a abordagem exploratória tem objetivo de caracterização inicial do problema, sua classificação e de sua definição. Constitui o primeiro estágio de toda pesquisa científica.

Para a seleção dos artigos utilizaram-se as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, por meio das palavras-chaves: Cuidados paliativos, Enfermagem, Criança e Neuroblastoma. Desta forma, buscaram-se artigos vinculados ao objeto do estudo, excluindo-se aqueles que não enquadravam a proposta da revisão. Sendo assim utilizam-se como critérios de inclusão, artigos que retratam cuidados paliativos à criança acometida com câncer e a sua família, com ênfase ao neuroblastoma, artigos indexados nas bases de dados, publicados entre os anos de 2005 a 2015, disponíveis online, nos idiomas português, inglês e espanhol, contendo resumos e textos completos.

Após leitura criteriosa dos artigos, foram selecionados dezoito artigos que se enquadravam com a questão norteadora da pesquisa. Onde os cinco primeiros artigos, são vinculados ao conceito, diagnóstico e tratamento do Neuroblastoma. E os demais voltados aos cuidados paliativos de Enfermagem à criança com câncer, enfatizando a assistência ao portador da patologia estudada.

Os dados foram dispostos em um quadro sinóptico, contendo título do estudo, autores, ano de publicação, resultados e conclusões obtidas.

É oportuno destacar que inicialmente se propôs um estudo voltado somente à criança com neuroblastoma, no tocante à assistência de Enfermagem. Entretanto, em virtude da escassez de material disponível, foi preciso expandir os horizontes e contemplar uma assistência voltada para os cuidados paliativos à criança com câncer de uma forma geral.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme os objetivos adotados nesta pesquisa bibliográfica, reunimos as publicações selecionadas de acordo com a temática abordada e formulamos os quadros sinópticos abaixo. Esses quadros fundamentam as análises finais, que respaldam este estudo.

Quadro 4 - CONCEITOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DO NEUROBLASTOMA

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1- TUMORES ABDOMINAIS MALIGNOS MAIS FREQUENTES NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Cypriano, M.; Luisi, F. A. V.; Caran. E. M. M.	2009	Através da análise dos dados clínicos e do exame físico do paciente com tumor abdominal, o profissional de saúde pode traçar hipóteses diagnósticas e encaminhar precocemente a criança para centros especializados.	Dependendo da histologia e do estágio, os tumores malignos devem ser tratados adicionalmente com quimioterapia. A sobrevida depende da natureza de lesão, porém, de forma geral, o prognóstico é muito bom.
2- NEUROBLASTOMA COM METÁSTASE ORBITÁRIA	Torturella, M. R.; Figueiredo, M.N.F.C.; Oliveira, P.J.J.; Meirelles, H.S.; Yamane, Y.	2011	A metástase da órbita não é incomum em pacientes com neuroblastoma, porém quando acometido o paciente corre risco de perder a visão, onde a terapia eficaz deve ser iniciada o mais breve, embora o tratamento ideal ainda seja controverso.	Discute-se a importância do diagnóstico precoce, e mais estudos dessa doença para definir o tratamento ideal e conseguir prevenir a cegueira.
3- NEUROBLASTOMAS EM CRIANÇAS: ANÁLISE DE 32 CASOS	Canever, M. R.M.	2008	Foi identificada que o sinal mais comum na admissão, é a massa abdominal (65,63%). Diversos exames de imagem foram solicitados, complementou-se com imunohistoquímica. O ácido vanilmandélico (VAM) estava alterado em 26,31%. O tratamento variou conforme o estágio	Conclui-se que massa abdominal é a principal manifestação clínica. Os estádios III e IV são os mais frequentes ao diagnóstico e apresentam a menor sobrevida. O tratamento com TAMO parece melhorar a sobrevida no estágio IV.
4- ESTADO DE ARTE: TUMORES DE CRISTA NEURAL, NEUROBLASTOMA FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	Andrés M. Á.; Reynald, L.	2012	Os sinais e sintomas de apresentação do neuroblastoma refletem a localização do tumor e devido às múltiplas apresentações clínicas, pode ser confundido com uma grande variedade de patologias. Contudo o tratamento do neuroblastoma é feito hoje em dia de acordo com grupos de risco, que são definidos por parâmetros clínicos e biológicos cada vez mais sofisticados.	Em suma, é fundamental realizar o diagnóstico precoce com indicações de estágio e desenvolvimento de uma terapia oportuna.
5- NEUROBLASTOMA: PATOGÊNESE MOLECULAR E TERAPIA	Chrystal, U. L.; Jason, M. S.	2015	Os avanços terapêuticos apontam para um futuro de melhores resultados clínico para esta malignidade pediátrica, biologicamente distinta e altamente agressiva.	A patologia está impulsionando o desenvolvimento de novos esquemas de classificação e novas abordagens terapêuticas.

FONTE: Acervo da pesquisa.

O quadro exposto inicialmente demonstra em síntese os cinco artigos selecionados, que descrevem sobre o conceito, diagnóstico e tratamento clínico do neuroblastoma, frente à criança acometida pela doença.

Conforme Caran (2009) e Oliveira (2011), os estudos um e dois discutem que o NB é um tumor que se origina nas células indiferenciadas da crista neural, onde pode explicar o motivo da patologia, ser confundida com outras doenças da infância, dificultando assim o diagnóstico. Além disso, os autores salientam que o tratamento está relacionado a classificação de risco e estadiamento da patologia.

Canever (2008) descreve no artigo três que o quadro clínico dos neuroblastomas é extremamente variado, dependendo das características do tumor primário, de sua integridade, do comprometimento de estruturas vizinhas e da presença de metástases.

Quanto aos exames de imagem, Canever (2008) discorre que é preconizado que os exames variem de acordo com a localização do tumor primário. Radiografias de tórax e abdômen, USG, TC de tórax e abdômen, RNM, cintilografia óssea, e cintilografia com MIBG fazem parte da investigação primária e seguimento. Radiografia de tórax, USG de abdômen, TC de abdômen e cintilografia com MIBG devem ser realizados para pacientes de alto risco.

Com relação ao tratamento, os autores Andrés (2012) e Chrystal (2015), por meio dos artigos quatro e cinco relataram que devido à diversidade de apresentação e aos diversos estadios que influenciam no tratamento, se faz cabível a classificação dos pacientes em: baixo risco, risco intermediário e alto risco, com base em uma análise de fatores que influenciam o prognóstico, incluindo a idade ao diagnóstico, o sistema internacional de 20 estadiamento, a histologia do tumor, o índice de DNA do tumor, e a amplificação do oncogene N-myc que contribui para o comportamento agressivo das células de NB.

Quadro 5 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1- A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM CÂNCER: revisão integrativa da literatura.	COSTA Thailly Faria da; CEOLIM Maria Filomena.	2010	Os resultados do estudo estão de acordo com o que tem sido abordado na literatura, considerando o trabalho em equipe multidisciplinar, para assegurar a melhor assistência faz-se necessário que os problemas do paciente e familiares sejam vistos sob diferentes olhares e perspectivas.	Concluem que os profissionais têm focado o cuidado nos sintomas físicos e alertam para que sejam investigados tipo, frequência e intensidade dos sintomas em todas as dimensões para que o cuidado seja efetivo tanto para pacientes quanto para pais.
2- DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL: RESPONSABILIDADE DE TODOS.	RODRIGUES Karla Emilia; CAMARGO Beatriz de.	2005	Dos resultados exibidos, vale salientar que obter o melhor entendimento da relação entre fatores é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública para detecção precoce do câncer infantil.	Muitos fatores parecem estar associados ao atraso do diagnóstico do câncer infantil. O tempo que decorre entre o primeiro sintoma e o diagnóstico depende da idade da criança e do tipo tumor, principalmente. Determinar os sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade de doenças malignas ainda é um desafio.
3- CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CAPACITAÇÃO NO CUIDADO À CRIANÇA COM CÂNCER	AMADOR Daniela Doulanice; GOMES Isabelle Pimentel; COUTINHO Simone Elisabeth Duarte; COSTA Teresa Neumann Alcofarado; COLLET Neusa.	2011	Os resultados ressaltam que a integração entre a teoria e prática é uma das principais dificuldades no processo formativo, a serem desenvolvidos pelo enfermeiro e das competências requeridas para o seu desempenho.	Acredita-se que o presente estudo, possa auxiliar na formação de profissionais de enfermagem, no intuito de promover a realização de uma assistência integral, humanizada e resolutiva à criança com câncer.
4- TENSÃO DEVIDO AO PAPEL DE CUIDADOR ENTRE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM CÂNCER.	BECK Ana Raquel Medeiros; LOPES Maria Helena Baena de Moraes.	2007	Os achados deste estudo vão ao encontro do que já é indicado pela literatura: há necessidade urgente de estudar o paciente com câncer e seus cuidadores, porque estas questões podem afetar a saúde física e emocional de ambos.	Conclui-se, portanto, mais uma vez que aparece a figura do enfermeiro como essencial para detectar as evidências, deste diagnóstico e amenizar os fatores de risco a que estes cuidadores estão expostos.
5- DO DIAGNÓSTICO À SOBREVIVÊNCIA DO CÂNCER INFANTIL: PERSPECTIVA DE CRIANÇAS.	GOMES Isabelle Pimentel; LIMA Karinna de Abreu; RODRIGUES Larycia Vicente; LIMA Regina Aparecida Garcia de; COLLET Neusa	2013	Dentre os resultados deste estudo, é de suma relevância, a compreensão da criança acerca da sua doença, o que a torna um possível participante na tomada de decisões relativas ao seu processo saúde/doença. Este fato deve ser valorizado pela equipe de enfermagem.	Concluímos que é papel da equipe de saúde usar estratégias para ajudar as crianças a tomar atitudes que minimizem e/ou previnam a aflição relacionada ao câncer, considerando-se para cuidado não somente protocolos clínicos, mas também critérios referentes à dimensão existencial.
6- CUIDADORES DE CRIANÇAS COM CÂNCER: ASPECTOS DA VIDA AFETADOS PELA ATIVIDADE DE CUIDADOR.	BECK Ana Raquel Medeiros; LOPES Maria Helena Baena de Moraes.	2007	As atividades relacionadas ao cuidar ocasionaram sérios prejuízos na vida dos cuidadores. Portanto, avaliar estes aspectos pode auxiliar o enfermeiro a evidenciar, amenizar e planejar a assistência aos cuidadores.	Conclui-se que os cuidadores de crianças com câncer demonstram sérios prejuízos na sua vida. Sendo essencial orientar os integrantes do núcleo familiar acerca do revezamento.

7-	CÂNCER INFANTIL: PERCEPÇÕES MATERNAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRETEAMENTO AO DIAGNÓSTICO.	BELTRÃO Marcela Rosa L. R.; VASCONCELOS Maria Gorete L.; PONTES Cleie Maria; ALBUQUERQUE Maria Clara.	2007	O estudo sinaliza para a necessidade do desenvolvimento, contemplando outros sujeitos, contextos e situações, face ao entendimento de não existir uma realidade universal.	O diagnóstico do câncer infantil na perspectiva materna revelou uma experiência chocante, dolorosa e desesperadora. Os suportes para o apoio família foram: as crenças religiosas individuais, a família, a equipe de saúde e os amigos.
8-	INCERTEZAS DIANTE DO CÂNCER INFANTIL: COMPREENDENDO AS NECESSIDADES DA MÃE.	ANGELO Margareth; MOREIRA Patrícia Luciana; RODRIGUES Laura Maria Alves.	2010	Foram identificadas três categorias descritivas das necessidades experienciadas pelas mães: (1) Necessidade de estar presente e acompanhar o tratamento; (2) Necessidade de ser amparada nos momentos de fraqueza; (3) Necessidade de manter vínculo com a família.	As necessidades da mãe durante a internação da criança com câncer multidimensional, e o reconhecimento delas é essencial para garantir a criação de um contexto de cuidado que potencialize o papel da mãe no suporte à criança com câncer.
9-	CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA ONCOLÓGICA NA SITUAÇÃO DO VIVER/MORRER: A ÓTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM	AVANCI Barbara Soares; GÓES Fernanda Garcia Bezerra; CAROLINDO Fabiano Mizael; NETTO Nina Paula Cruz.	2009	Percebemos que o cuidar da criança com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional, e que os cuidados voltam-se para a promoção do conforto, pelo alívio da dor e dos sintomas	Conclui-se que é necessário enfatizar a importância da assistência de enfermagem no cuidado paliativo à criança com câncer, principalmente sob a ótica do cuidar, mas também na perspectiva do desenvolvimento da profissão.
10-	A IMPORTÂNCIA DO APOIO DA ENFERMAGEM CONTRA A DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	MARCIANO Ana Caroline; CARNEIRO Brener Yoshio Kataguine G.; DIAS Liliane Maria; OLIVEIRA Náide de Matos.	2011	Realizar os cuidados paliativos com carinho, afeto e respeito, levando ao surgimento de sensações de consolo e paz interior a família e criança, melhorando a execução dos procedimentos de rotina.	O cuidado diário e presença constante dos profissionais, é o diferencial no tratamento, tendo, portanto o papel não apenas da realização correta dos procedimentos, mas também o apoio humanizado prestado.
11-	CRIANÇAS COM NEUROBLASTOMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO AMBULATORIAL: IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E PROPOSIÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SCOLARI, R. C.; COSTA, M. F.; SANTOS, R.	2010	O estudo resulta que a assistência de enfermagem prestada às crianças portadoras desta patologia, quando em tratamento quimioterápico deve ser baseada na identificação de diagnósticos de enfermagem e proposições de intervenções pertinentes.	Concluímos que mesmo não havendo dados específicos, por meio da experiência enquanto enfermeiro se torna possível à reflexão a cerca da temática. O que pode auxiliar, na elaboração do plano de cuidar, possibilitando assim um melhor atendimento.
12-	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À CRIANÇA PORTADORA DE NEUROBLASTOMA	FERNANDES, J. D.; BORSONATTO, A. Z.; ROCHA, R. C. N. P	2008	O estudo levou a uma breve revisão sobre o tema, onde foram elaborados os diagnósticos de enfermagem conforme suas características definidoras e fatores de risco. As intervenções de acordo com a toxonomia NIC, sendo listados de acordo com cada diagnóstico.	A partir do conhecimento da fisiopatologia e do comportamento desse tumor, levando em consideração a faixa etária atingida, foi possível listar os principais diagnósticos de enfermagem e suas intervenções.
13-	A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO SISTEMATIZADO À CRIANÇA COM NEUROBLASTOMA IV NA TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA	MENDONÇA, A. C. C. A; PAES, P. F. A.; TOMAZ, A. P. K.A	2008	A criança com doença crônica um vínculo com o ambiente hospitalar em geral. Devido ao prognóstico relacionado ao estadiamento IV deve-se prestar um acolhimento e uma assistência de enfermagem baseada no conforto e enfatizada na palição do cuidado.	A aplicação da SAE propicia a elaboração de um processo de enfermagem sistemático que contribui de maneira positiva para o acolhimento efetivo da criança e família na trajetória do tratamento oncológico.

FONTE: Acervo da pesquisa.

O quadro cinco evidencia os cuidados paliativos de enfermagem expressos por treze artigos, publicados no período de 2005 a 2015. Dentre os artigos incluídos na revisão de literatura, três são de autoria de enfermeiras, outros seis elaborados em parceria de mestrandos, mestres em Enfermagem e enfermeira, três dos outros artigos têm por autores, acadêmicos da graduação de enfermagem. E por fim um artigo, não foi possível identificar a categoria profissional.

Entre os dez artigos selecionados, oito destes possuem como método, a pesquisa de campo, descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, tendo sido efetuadas, por meio de entrevistas, em instituições especializadas em câncer infantil. Contudo, apenas cinco dos artigos analisados, tem por metodologia, a revisão integrativa da literatura.

Os estudos um e dois têm por abordagem a revisão integrativa, através de um levantamento bibliográfico por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, onde os autores Costa e Ceolim (2010), buscaram demonstrar que embora seja um processo complexo, o diagnóstico precoce do câncer infantil, pode ser melhorado ocorrendo um desenvolvimento de estratégias de saúde pública para esta detecção. Trazendo ao profissional de enfermagem, um alerta para a busca pelo conhecimento e investigação dos sinais e sintomas iniciais do câncer infantil, bem como para a responsabilidade de todos os envolvidos neste processo. Além disto, para Rodrigues e Camargo (2005), é possível identificar que os mesmos discorrem que o cuidado paliativo em oncologia pediátrica é um desafio para os enfermeiros, que precisam de preparo para lidar com sentimentos, principalmente a morte.

Segundo os autores Collet (2011) e Netto (2009), os artigos três e nove enfatizam o conhecimento, a capacitação e comportamento profissional, que o enfermeiro precisa ter, frente a perda do ser cuidado. Tendo em vista que no terceiro estudo, é possível verificar que nas entrevistas, os enfermeiros relatam que o cuidar em oncologia pediátrica é desafiante, pois requer, além de recursos materiais e terapêuticos específicos, uma equipe de saúde atenta para o que permeia o universo infantil. Exigindo profissionais com responsabilidade, compromisso, preparo adequado e sensibilidade para cuidar da criança. Ainda para Collet (2011) no estudo três os enfermeiros depõem que estão aliando a cientificidade ao fazer profissional e que os desafios impostos pela realidade oncológica infantil precisam ser respondidos pelo enfermeiro, e a resposta de cada novo desafio é que modifica a realidade e o profissional. Visto ainda, no nono estudo que o atendimento à criança com câncer deve ser desenvolvido igualmente, independente da situação, ou seja, para os autores, a assistência/cuidado independe do estado patológico em que a criança se encontra. Assim sendo, evidencia-se ainda neste estudo, que o profissional de enfermagem deve desenvolver

habilidades e competências com as questões de gerenciamento, aprimoramento tecnológico e semiotécnicas para cuidar. Entretanto, não devemos esquecer que tanto para a enfermagem, que é a arte do cuidado humano quanto para os demais profissionais de saúde, nenhuma técnica pode substituir a presença, o afago, o olhar, a palavra, a escuta, entre outros.

O estudo cinco, segundo Gomes (2013) objetiva compreender o processo do diagnóstico à sobrevivência do câncer a partir da perspectiva da criança, se tratando de um estudo exploratório com análise qualitativa de dados. Onde diferentes temas foram identificados durante a análise, foi notado que as crianças usam com propriedade termos médicos para designar sua doença e diagnóstico. Observando inclusive que a criança com doença crônica, em idade escolar, tem conhecimento acerca da sua condição, de acordo com a sua capacidade de compreensão, e por esta capacidade, as crianças não podem ser negligenciadas, tornando-as sujeitos passivos no tratamento da patologia. Ainda salientando isto, o enfermeiro deve valorizar esta participação da criança, incluindo-a na tomada de decisões relativas ao processo de saúde/doença.

Os autores Gomes (2013) e Collet (2013), por meio do artigo cinco, concluem que conhecendo as rotinas do tratamento, faz com que a criança saiba o que lhe irá acontecer. Isso pode gerar sentimentos controversos. No entanto, ele sabendo estará preparado para o enfrentamento da situação, de forma que pode desenvolver estratégias pessoais para diminuir o estresse.

Vendo pela ótica do cuidador/família, os artigos quatro, seis, sete e oito, possuem esta atenção. Embora o sexto e sétimo estudo, conforme Rodrigues (2010) e Beltrão (2007) tenham em comum os objetivos de conhecer, identificar e descrever, as percepções do cuidador, na grande maioria das vezes a mãe, frente ao diagnóstico de câncer em seu filho, como também as suas necessidades, durante a internação do mesmo, além de compreender as incertezas que a dominam diante de tal patologia. Por sua vez, os artigos quatro e oito, trazem a relevância de se observar, que as atividades relacionadas ao cuidar, afetam diretamente, a vida dos cuidadores de crianças com câncer, tendo em vista que a um grau de dependência da criança, para o desempenho de suas atividades de vida diária (AVD) e com isso precisamente no artigo quatro, pode-se verificar que o intuito dos autores é de, identificar a frequência do diagnóstico de enfermagem “tensão devido ao papel do cuidador” e “risco para tensão devido ao papel do cuidador”, por meio de um estudo descritivo, obtido através de entrevistas a cinquenta cuidadores, em um centro especializado, além da consulta aos prontuários dos pacientes. (BECK e LOPES, 2007).

Portanto no processo de análise dos artigos, foi verificado que o contexto do câncer e da incerteza experienciada pela mãe no processo de tratamento, não é apenas ao tempo de internação, se soma à convicção de que precisa fazer o que estiver ao seu alcance para proteger a vida do filho.

Magalhães (2006), no décimo estudo elucida algumas ações de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos, também abordados nos estudos analisados anteriormente: comunicação honesta e sincera; manejo da dor; e controle dos sintomas; trabalho em equipe multidisciplinar e foco nos problemas que envolvem os pais no luto, mais precisamente a depressão. Este estudo demonstra a relevância dos cuidados paliativos e enfatiza que na abordagem deste cuidado é necessário assegurar a dignidade e a qualidade de vidas das crianças em fase terminal.

No que tange ao cuidado com a família da criança em fase terminal, a enfermagem deve identificar que os mesmos precisam de cuidados para enfrentar o momento de tristeza. Onde vale salientar que lidar com as reações das famílias que experienciam o processo de morte da criança, exigem do enfermeiro uma assistência abrangente. Levando em consideração a ideia, dos autores (Fernandes, Borsatto e Rocha, 2008), do artigo doze, é de total relevância a obtenção de conhecimento acerca da patologia, antes de prestar assistência. Tornando, portanto mais acessível à formulação de diagnósticos e intervenções, por parte do enfermeiro, para atuar sob cuidados paliativos, frente à criança com NB. Como também, complementado por Scolari (2010) e Tomaz (2009), nos artigos 11 e 13, devido à criança com doença crônica estabelecer um vínculo e uma familiaridade com o ambiente hospitalar e equipe de saúde devido às internações recorrentes e ao tempo de duração destas. É cabível ser prestado um acolhimento, através de um cuidado, onde seja prestado um conforto e alívio da dor. Os autores ainda citam que a média mensal de crianças internadas com diagnóstico de neuroblastoma IV foi de 2 %, no ano de 2009.

Em suma, Scolari (2010), relata que o ganho de experiência, por parte do enfermeiro, que atua com crianças nesta situação, pode levar o mesmo, a uma reflexão sobre a doença, facilitando assim a identificação mais rápida, dos diagnósticos e intervenções a serem aplicadas, melhorando assim a assistência prestada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto conclui-se que cuidar de crianças com câncer significa lidar com um ser humano e sua família em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade física, emocional e social, exigindo da enfermagem, além de competência técnica e científica para atuação e compreensão da fisiopatologia da doença e seu tratamento, competência nas relações interpessoais e na esfera espiritual, com sensibilidade para perceber as individualidades e particularidades de cada ser diante do que parecer ser igual e sistematizado, o tratamento do câncer.

A complexidade desta área demonstra o quanto é relevante à responsabilidade social dos profissionais de enfermagem frente às necessidades da criança/adolescente e sua família. Esta responsabilidade quando partilhada com a equipe multidisciplinar, amplia as dimensões do cuidar e considera as necessidades de forma integral. Salientando que na abordagem deste cuidado é necessário assegurar a dignidade e a qualidade de vida das crianças em fase terminal, tendo em vista que os cuidados paliativos têm o objetivo de proporcionar conforto à criança, no estado clínico irreversível de vida por meio do alívio da dor e dos sintomas.

Ainda neste contexto, sabemos que a incerteza e a insegurança são elementos constantes na oncologia e que o resultado final da experiência, não está apenas no resultado do tratamento e no alcance da cura do paciente, mas também na maneira como cada etapa do processo foi vivida.

Para que isto ocorra, almeja-se a formação de enfermeiros com uma perspectiva problematizadora e contextualizada da realidade, para que eles sejam capazes de recriar suas ações, se aplicando as situações limites e desafiadoras da profissional, mas, contudo ainda assim promover uma atenção integral, humanizada e resolutiva para as crianças acometidas com Neuroblastoma. Tendo em vista, que o presente estudo tem a perspectiva de partilhar conhecimentos, sobre a patologia em questão e os cuidados de Enfermagem, pertinentes a serem prestados, em tal situação, dando assim base teórica, para os enfermeiros, graduandos de Enfermagem e demais profissionais de saúde, para melhoria da atuação, frente à criança acometida com câncer e sua família, Sendo assim, o desafio é que o enfermeiro aprenda a aprender, transformando o conhecimento em conduta humana relevante ao seu exercício profissional.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉS M. Á.; REYNALD, L. **Estado de arte: tumores de crista neural, neuroblastoma, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.** Rev. Fac. Med [online]. 2012, p. 38-49. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562012000200005&lng=pt>. Acessado em 25 de Out. 2015.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. **Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer.** Rev. Bras. Enfermagem. Brasília, 2007, p. 513-518. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672007000500006&lng=pt>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. **Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador.** Rev. Bras. Enfermagem. Brasília, 2007, p. 670-675. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471603&indexSearch=ID>>. Acessado em 20 de Setembro de 2015.
- BELTRÃO, M. R. L. R. **Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 2007, p. 562-566. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a14.pdf>>. Acessado em 20 de Setembro.
- 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. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_>. Acessado em: 20 de Setembro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Particularidades do câncer infantil.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados paliativos.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.
- CARVALHO, M. V. B. **Cuidados paliativos pediátricos: a “essência do cuidar” da criança/adolescente/familiares nas situações limites.** Mundo Saúde. 2005, p. 93-97.

CANEVER, M. R. M. **Neuroblastomas em crianças: análise de 32 casos** [Monografia] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, p. 14-35. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/11947/26014.pdf>> . Acessado em 28 de Outubro.

CARAN, E. M. M.; Tumores abdominais malignos mais frequentes na infância: diagnóstico diferencial. Rev. Brasileira de Medicina. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 72. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=518482&indexSearch=ID>> . Acessado em 22 de Setembro de 2015.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. **A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar no Brasil.** Rev. Bras. Enferm. 2009, p. 280-289. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298/0>>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.

COSTA, T. F.; CEOLIM, M. F. **A enfermagem nos cuidados paliativos à criança com câncer: revisão integrativa da literatura.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2010, p. 776-784. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n4/a23v31n4.pdf>>. Acessado em 22 de Setembro de 2015.

COUGHLAN, M. A. **A necessidade de cuidados paliativos.** Mundo Saúde. 2005, p.6-14.

COLLET, N. **Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer.** Texto Contexto Enf., Florianópolis, 2011, p. 94-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/11.pdf>>. Acessado em 20 de Set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN – 358/2009.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.

CHRYSTAL, U. L.; **Neuroblastoma: patogênese molecular e terapia.** Ver. Med. Texas, 2015, p. 49–63. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418018/pdf/nihms682152.pdf>>. Acessado em 25 de Out. 2015.

FERNANDES, J. D.; BORSONATTO, A.Z.; ROCHA, R. C. N. P. **Diagnóstico e intervenções de enfermagem à criança portadora de Neuroblastoma.** Instituto Nacional de Câncer. 3ª Edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Jackeline_2.pdf>. 25 de Out. 2015.

GARGÉZ, R.M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 50.

LIMA, R.A.G. **Experiências de pais e de outros familiares de crianças e adolescentes com câncer – bases para cuidados paliativos.** [Tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005, p. 49-52. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php>>. Acessado em 22 de Set. 2015.

MENDONÇA, A. C. A.; Paes, P. F. A.; TOMAZ, A. P. K. A. **A importância do cuidado sistematizado à criança com neuroblastoma IV na terapêutica oncológica.** Instituto Nacional de Câncer. 3ª Edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Ana_carolina_crianca.pdf>. Acesso em 28 de Out. 2015.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. Abrasco. Rio de Janeiro, 2010, p.57.

MURTA, G. F. **Saberes e práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem.** 3ª ed. Difusão Editora. São Caetano do Sul, 2007, p. 251-262.

NETTO, N. P. C. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rev. Enf. 2009, p. 708-716. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base> >. Acesso em 20 de Set. 2015.

NETTINA, S.M. **Práticas de enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007, p. 132-134.

OLIVEIRA, N. M. **A importância do apoio da enfermagem contra a depressão em pacientes oncológicos.** Rev. Bras. Enf., São Paulo, 2009, p. 310-314. Disponível em : < <http://www.etecpj.com.br/Cursos/Enfermagem/ArquivosPDF/Artigos/Depress2012.pdf>>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.

RODRIGUES, L. M. A. **Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe.** Esc. Anna Nery, Rev. Enf., 2010, p. 301-308. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/12.pdf>>. Acesso de 22 de Set. 2015.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. **Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2005, p. 50-56. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf>>. Acessado em 22 de Setembro de 2015.

SCOLARI, R. C. **Crianças com neuroblastoma em tratamento quimioterápico ambulatorial: identificação de diagnósticos e proposição de intervenções de enfermagem.** Instituto Nacional de Câncer. 3ª Edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Galhardete_Roberta.pdf>. Acessado em: 28 de Outubro de 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE G. Brunner & Suddart. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006, p. 363-369.

TORTURELLA, M. R. **Neuroblastoma com metástase orbitária.** Rev. Bras. Oftalmol. 2011, p. 109-113. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n2/a08v70n2.pdf>>. Acesso em 22 de Setembro.

