



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TARCREDI DE ALMEIDA NEVES

GISILENE PEREIRA DE LIMA

**ASSISTIR A DOENÇA ONCOLÓGICA NA INFÂNCIA: AÇÕES E
REPRESENTAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

GISILENE PEREIRA DE LIMA

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduado, sob orientação do Prof. Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

GISILENE PEREIRA DE LIMA

**ASSISTIR A DOENÇA ONCOLÓGICA NA INFÂNCIA: AÇÕES E
REPRESENTAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduado, sob orientação do Prof. Esp. Marcio Antonio Resende.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
(orientador)

Prof^a. Msc Marcela Nolasco

Prof^a. Esp. Hélia Cristina de Souza

“Não sei se a vida é curta ou longa demais pra nós, mais sei que nada do que vivemos tem sentido se não tocarmos o coração das pessoas”.
(Cora Coralina).

Dedico essa monografia a todas as crianças que me inspiraram com seus sorrisos, aos pacientes oncológicos por sua esperança, a todas amigas que contribuíram para que eu chegasse aqui, aos meus pais, irmãos e ao meu marido pela dedicação e confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre estar ao meu lado quando preciso, me dando forças para continuar, acalutando meu cansaço, desespero e desânimo. Obrigada por iluminar meus dias e guiar meus caminhos.

Aos meus pais e meus irmãos, que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando-nos a força, incentivo e amor.

A meu marido Gabriel, pelas palavras de apoio, pela paciência, pelo incentivo, pelo amor e carinho e por aguentado toda minha ausência.

A todos da minha família, primas, tias, pelo apoio, pelas orações e pelos momentos de descontração.

Ao meu professor e orientador Marcio Resende, pela dedicação, pelo carinho, por toda sua criatividade e simpatia que me ajudou muito, obrigada pela paciência.

Aos meus amigos de classe, por tornar os dias mais fáceis passando alegria no convívio, por todas risadas proporcionadas e emoções vividas.

A todos que acreditaram em mim e ajudaram de alguma forma esse sonho virar realidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. Câncer infantil do diagnóstico ao tratamento.....	11
1.1 Os principais tipos de câncer que afetam crianças	14
1.1.1 Leucemias	14
1.1.2 Linfomas	15
1.1.3 Tumores do Sistema Nervoso Central	15
1.1.4 Neuroblastomas	16
1.1.5 Rbdomiosarcoma	16
1.1.6 Tumor de Wilms.....	16
1.1.7 Tumores ósseos.....	17
1.1.8 Retinoblastoma	17
1.2 Sinais e sintomas característicos do câncer infantil e diagnóstico	17
1.3 Modalidades de tratamento.....	18
2. Ações de enfermagem na assistência a criança hospitalizada	21
2.1 Crianças	21
2.2 Hospitalização	22
2.3 Processo de Humanização	24
3. O preparo das equipes para assistir a criança com câncer	26
3.1 Tipos de cuidados e principais focos assistenciais	26
3.1.1 O cuidado curativo.....	27
3.1.2 O cuidado paliativo.....	27
3.1.1 Foco no controle da dor	27
3.2 Necessidade sociais/integração.....	28
3.3 A participação da equipe de enfermagem no assistir o paciente oncológico infantil	30
3.4 Educação continuada	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	41

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

A.C - Antes de Cristo

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IV - Intravenosa

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organizações das Nações Unidas

SNC - Sistema Nervoso Central

RESUMO

O câncer é uma doença antiga que causa grande medo à população, devido sua ligação a morte, atinge todas as faixas etárias, ocorre devido ao crescimento excessivo e desordenado das células e invade várias partes do corpo. Em crianças, geralmente afetam células do epitélio que recobrem órgãos e tecidos. Os principais tipos de câncer infantil são leucemias, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e os linfomas do sistema sanguíneo e tecidos sustentação. O tratamento é longo e agressivo, vai desde as cirurgias mutiladoras, á quimioterapias, radioterapias e transplantes, sendo necessárias várias internações. Durante o tratamento, a equipe de enfermagem pode utilizar técnicas lúdicas com a criança hospitalizada, através da brinquedoteca para amenizar o sofrimento. O principal objetivo deste estudo é identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem ao lidar com crianças portadoras de doenças oncológicas, buscando orientar os profissionais quanto aos principais tipos de tratamento, sobre as especificidades do tratamento infantil, ressaltando como o seu agir influência na forma com que a criança e seus cuidadores enfrentam as internações que são longas e recorrentes. É de suma importância que estes profissionais recebam um treinamento contínuo, a fim de se tornarem aptos a sanarem as dúvidas do cotidiano. A educação continuada é a peça chave utilizada em várias instituições, pois além de contribuir para formação do profissional, o capacita, atualiza seu conhecimento para uma assistência de qualidade. A metodologia aplicada foi a revisão bibliográfica analítico descritiva.

Palavras Chave: Câncer Infantil; Criança Hospitalizada; Enfermagem; Educação Continuada.

Introdução

O câncer é uma patologia que causa um grande medo à população, é impossível falar da doença sem associá-la à própria morte. Ao abordar o câncer infantil as percepções de todos os envolvidos ao processo se tornam ainda mais dificultadas.

A doença oncológica na infância apresenta várias peculiaridades, iniciando-se por seus sinais ou sintomas, aos exames utilizados para identificá-lo, sendo que o diagnóstico precoce aliado às modernas formas de tratamento podem aumentar as chances de cura, embora, por vezes, esta não possa acontecer e o cuidado paliativo se torna a única opção para atender as demandas desta clientela tão especial.

Diante de uma doença tão complexa que exige um tratamento prolongado, a importância dos profissionais de enfermagem se torna indiscutível, pois estes acompanham tanto a criança quanto seu núcleo familiar durante as várias internações, formando um vínculo afetivo, esta situação, por vezes, faz com que a criança e a família se sintam mais confiantes, já o profissional pode vivenciar sentimentos como a impotência diante de suas ações frente ao estado em que a criança se encontra.

O objetivo deste estudo é identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem ao lidar com crianças portadoras de doenças oncológicas, visto que o câncer é uma doença complexa que vem sendo muito estudada, sendo desenvolvidas novas possibilidades terapêuticas diariamente, diante de tal realidade é necessário ressaltar a necessidade de orientar esses profissionais quanto aos principais tipos de tratamento, as especificidades deste, e como a interação de todas estas vertentes podem influenciar na aceitação e resultado dos tratamentos empregados.

Justifica-se a realização deste estudo devido ao grande número de crianças que vem sendo acometidas pela doença oncológica, e a importância dos profissionais de enfermagem no processo do cuidar.

A enfermagem vem trabalhando diretamente com essa patologia, desde no exame físico para auxílio no diagnóstico, quanto nos cuidados gerais, o que justifica a necessidade de treinamento efetivo mostrando as novidades implantadas nos tratamentos, focando na forma com que eles lidam no decorrer do dia com o paciente e os envolvidos no seu cuidado dando orientações e aporte emocional diante das dificuldades enfrentadas.

Quando o profissional detém conhecimento técnico científico, se tornam mais seguros do trabalho realizado. Por isso a necessidade de um programa de educação continuada,

levando conhecimento para os profissionais de enfermagem, dando mais qualidade de vida aos doentes que são atendidos por estes, e que sofrem com a doença oncológica.

Para a realização deste estudo a metodologia utilizada foi à revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literaturas específicas, artigos científicos, monografias, dissertações e livros. Segundo a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, afirma que a pesquisa de caráter bibliográfico não precisa de aprovação do Comitê de Ética.

O estudo foi dividido em três capítulos, o primeiro se trata do Câncer infantil do diagnóstico ao tratamento. No segundo capítulo são abordadas as ações de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, e finalizando o terceiro capítulo trata o preparo das equipes para assistir a criança com câncer.

1. Câncer infantil do diagnóstico ao tratamento

O câncer é uma doença que causa grande impacto na população e está em alta hoje em dia principalmente quando se fala em inovações de tratamento e chance de cura. Quando se trata do câncer infantil, os sentimentos de medo e de impotência são os primeiros enfrentados pela família e por profissionais que lidam com tal situação.

É uma doença muito antiga, relatos de sua existência foram citados desde o séc. IV A.C por Hipócrates e desde essa época pesquisadores vem tentando descobrir suas causas, tentando entender a forma como se desenvolve, as influencias que o ambiente em que vivemos causa no seu crescimento. Capra (2001 2003 apud Figueiredo, 2009, p.31) diz que é possível afirmar que o entendimento da interdependência mente-corpo-ambiente em relação à saúde e a doenças como câncer prevaleceu na Idade Antiga.

Desde a sua descoberta, até os dias de hoje, o câncer sempre foi associado à dor, falta de esperança, perda de vida paulatina e morte. Tantos significados negativos fizeram com que o câncer carregasse esse estigma através dos anos, não tendo sido levado em consideração os avanços significativos no seu tratamento. (PETRILLI, 1997 apud Jesuíno 2005).

É considerado um conjunto de doenças, que ocorrem pelo crescimento excessivo e desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos. O câncer na criança afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, enquanto que no do adulto, afeta as células do epitélio, que recobre os diferentes órgãos. De acordo com Avanci (2009, p.709) estas células dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas.

Conforme citado em vários estudos como o de Beltrão (2007, p.562), o câncer é atualmente a doença que causa maior número de mortes no mundo, inclusive infantil, tornando-se um problema de saúde pública mundial. No Brasil, 70% das crianças com câncer sobrevivem ou são curadas se tratadas em centros especializados (Brasil, 2008, p.231).

Para Rodrigues e Camargo (2003 p.29 apud Rosa *et al* 2007, p.21) no Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e 14 anos, e no município e Estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e 14 anos de idade excluindo-se as causas externas.

O câncer atinge 10 em cada 1.000.000 crianças a cada ano, em todo o mundo, sendo que uma criança em cada 600 pode desenvolvê-lo durante a infância, porém hoje se sabe que dois terços desses cânceres são considerados curáveis, se o diagnóstico for precoce e o tratamento administrado for adequado ao tipo de câncer (Valle e Françoso, 1999 apud Menezes *et al* 2007, p. 193).

As causas do câncer são variadas, podem ser externas quando relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, ou podem ser internas como na maioria das vezes geneticamente pré-determinadas ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Depende da forma com que o indivíduo vive interagindo esses fatores com suas atividades podendo ou não desenvolver essa malignidade (BRASIL, s.d., s.p.).

O Brasil possui cerca de 200 milhões de habitantes, sendo que quase 40 milhões são de crianças com menos de 12 anos segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (BRASIL, s.d., s.p.). No entanto a preocupação com a criança é uma fato muito novo, como mostrado por Ariés (1981 apud ROCHA, 2002, p.54) até o séc. XVII a criança era vista como estorvo, apenas no final do séc. XVIII algumas publicações fizeram com que os pais comesçassem a se preocupar com seus filhos, tanto que o índice de mortalidade dessa época era muito grande, devido à falta de higiene e a ausência de especialidades médicas que surgiu apenas no séc. XIX.

A valorização da criança só passa a ser verdadeira depois que a Organização Nações Unidas (ONU) em 1924 cria a Declaração do Direito das Crianças e passa a assegurar a criança desde a ter um nome e um registro a proteção contra qualquer forma de negligência, exploração, a direitos básicos como educação e saúde. No Brasil em 1990 foi criado o Estatuto da criança e do adolescente o qual assegura o direito a vida a proteção e a saúde.

Sabe se que a situação do nosso país com relação a vários aspectos está em defasagem como moradia, saúde e violência e que esses fatores influenciam de forma marcante na taxa de mortalidade infantil. Em 1990, líderes mundiais reuniram se e traçaram metas que deveriam ser cumpridas até o ano 2000 a fim de garantir melhores condições de vida, como a redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura imunológica e educação básica, como lembrado por Figueiredo (2003 p.4). Metas que até hoje não foram totalmente cumpridas, houve uma melhora significativa desde então, porém ainda não foi o suficiente em 1990, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era 62 para

cada mil nascidos vivos e em 2012, o número caiu para 14, o que coloca o país em 120º lugar no ranking entre mais de 190 países, segundo Agência Brasil (2013).

Sendo assim vemos a infância como um período de desenvolvimento físico, emocional e psicológico, tudo influenciado pelo meio em que ela vive. O núcleo familiar é responsável pela criança e tem o dever de lhe oferecer subsídios para seu desenvolvimento saudável. Devido principalmente as variações econômicas vivenciadas pela sociedade o governo federal disponibiliza meios e maneiras de auxiliar famílias carentes a proverem seu sustento.

Como descrito por Figueiredo (2003, p.7):

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é uma das ações básicas da Assistência Integral a Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde, envolvendo crianças de até cinco anos de idade. Esse período é de extrema importância, tendo em vista a alta vulnerabilidade deste processo.

Toda sociedade esta vulnerável a doenças, e as crianças como todos também são acometidas por enfermidades de vários tipos. O câncer afeta todas as faixas de idade, incluindo crianças, sendo diferente dos que acometem os adultos, para o câncer infanto-juvenil a idade dita como referencia vai de zero a dezenove anos.

O câncer surge num momento em que a criança e o adolescente estão iniciando a vida estudando, brincando, buscando novidades, descobertas, criando um ciclo de amizades, buscando um mundo só deles, e a doença interrompe essa fase de plena formação Lima, 2012, p.181.

O câncer infantil tem impactos, que vão além das alterações biológicas ao portador da doença e seus familiares, causa temor por parte dos familiares e do próprio indivíduo quanto a patologia e sua condição de vida, corroborando com Lima, 2012, p. 181:

[...] além do impacto simbólico que a doença traz, este paciente se confronta com uma realidade perturbadora, pois terá que lidar com sua auto-imagem, com o preconceito, com relacionamentos familiares e de amizade, com um novo ambiente hospitalar e ver interrompida a realização de seus desejos e aspirações.

Conforme citado por Instituto Nacional do Câncer (BRASIL,s.d., s.p.), os tipos de câncer diferem entre si pelos tipos de células do corpo os quais se originam e pela velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

Podendo se classificar, segundo Rosa et al, 2007, p.22:

- Sarcoma: originam-se de tecidos de suporte, como ossos, músculos, tecido gorduroso e fibroso.
- Carcinoma: originam-se de células que revestem as superfícies do corpo, incluindo a pele e uma série de revestimentos do corpo.
- Linfoma: originam-se de células conhecidas como linfócitos, são encontradas em glândulas linfáticas e no sangue.
- Mieloma: originam-se das células plasmáticas da medula óssea as quais produzem anticorpos.
- Leucemia: originam-se de células da medula óssea que produzem células sanguíneas brancas as quais fazem parte do sistema de defesa do organismo contra infecções.
- Melanoma: originado dos melanócitos que são células da pele que produzem pigmento.
- Glioma: Desenvolvem-se a partir de células do tecido de suporte cerebral ou da medula espinhal.

A incidência do câncer no Brasil para o ano de 2014, segundo INCA é de cerca de 394.450 novos casos, sendo que o infantil é de 11.840, excluindo os de pele, sendo que 30% da população brasileira são menores de dezenove anos.

1.1 Os principais tipos de câncer que afetam crianças

Os tipos de câncer que mais acometem as crianças são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas afetando as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação (AVANCI et al 2009, p.709).

1.1.1 Leucemias

É a forma de câncer que mais acomete as crianças, principalmente menores de cinco anos, caucasianas e do sexo masculino. Ocorre pela proliferação anormal das células brancas do sangue que tem como ponto de origem a medula óssea, podem ser crônicas que são mais raras nas crianças por ser a proliferação de células maduras ou agudas que representam cerca de 95% dos casos infantis, que é a proliferação de células linfoides e mieloides imaturas acumulando blastos (ALMEIDA & SABATÉS 2008, p.368). Manifesta-se com dor nos ossos ou nas articulações, palidez, manchas roxas, sangramentos, febre, abatimento, etc.

As leucemias são classificadas de acordo com as células afetadas, podendo ser linfocítica ou mielocítica e com base no tempo, em agudas ou crônicas, o qual os sintomas envolvem a fase do desenvolvimento da célula que está defeituosa (ROSA et al 2007, p.27).

Segundo Rosa *et al* 2007, p. 28 apud Nelson (1997), a leucemia linfocítica aguda é responsável por cerca de 75% de todos os casos, com incidência máxima aos 4 anos de idade. A leucemia mielóide aguda é responsável por cerca de 20%, sendo que sua incidência permanece estável desde o nascimento até 10 anos de idade, aumentando ligeiramente durante a adolescência. A maioria das demais leucemias consiste na leucemia mielóide crônica. A leucemia linfocítica crônica raramente é observada em crianças.

A quimioterapia é apenas sintomática e a única forma de cura é o transplante de medula óssea.

1.1.2 Linfomas

É uma doença sistêmica que atinge o sistema linfoide, correspondem cerca de 10% das neoplasias da infância.

- Linfoma de Hodgkin

Caracteriza-se pelo aumento dos linfonodos indolores, fibroelásticos a palpação podendo aparecer na região axilar, inguinal, supraclavicular, mediastinal ou abdominal. Incidências indicam um aumento em crianças com Síndrome Wiskott-Aldrich, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e iatrogênica (ALMEIDA & SABATÉS 2008, p.372).

O tratamento é poliquimioterápico e radioterápico, a chance de cura é cerca de 70 a 90% após cinco anos de tratamento (ALMEIDA & SABATÉS 2008, p.373).

- Linfomas não-Hodgkin

Ocorrem na região da cabeça, pescoço, mediastino e abdome, incide em crianças dos 5 aos 15 anos. Fatores geográficos, imunológicos, virais e genéticos tem grande papel na etiologia, conforme Brunner & Suddarth (2002) apud Rosa *et al* 2007, p.29.

O tratamento é polioquimioterápico, a radioterapia só é indicada em casos emergenciais quando acomete vias aéreas superiores ou sistema nervoso central (SNC) (ALMEIDA & SABATÉS 2008, p.375).

1.1.3 Tumores do Sistema Nervoso Central

Segundo Almeida & Sabatés (2008, p.372) os tumores do sistema nervoso central ocorrem nos primeiros 10 anos de vida, prevalecendo no sexo masculino, parte também esta associada a irradiação ionizante e síndromes genéticas. Os principais sintomas são cefaleia matutina, vômitos em jato, mudança brusca de comportamento, estrabismo, convulsões, alterações esfinterianas e fraqueza muscular.

Podem ser classificados como citado em Nettina (2012, p.1642):

-Astrocitoma, tem início insidioso e evolução lenta.

O pico de incidência se dá entre 2 e 4 anos de idade e na adolescência. O prognóstico depende do grau de diferenciação, além do grau de ressecção cirúrgica obtida, quimioterapia para pacientes com lesão residual pós-operatória.

-Meduloblastoma, crescimento rápido, maligno e invasivo.

Seu pico de incidência ocorre entre os cinco e sete anos de idade e o tratamento envolve cirurgia, visando a máxima ressecção do tumor, seguida de quimioterapia e radioterapia cranioespinhal. Este tumor pode disseminar-se através do líquido (ROSA *et al* 2007, p.32 apud CAMARGO 2000).

-Glioma de tronco encefálico, doença avançada.

Pacientes com gliomas de baixo grau podem ser tratados com cirurgia exclusiva, caso se tenha obtido uma remoção completa do tumor. O uso de quimioterapia para pacientes com lesão residual pós-operatória vem sendo, preconizado mesmo em gliomas de baixo grau (ROSA *et al* 2007 p.33).

Apresentam-se sob a forma de gliomas intrínsecos e difusos, o prognóstico é pobre, o tratamento clássico é a radioterapia craniana (ROSA *et al* 2007 p.32).

-Ependimoma de quarto ventrículo, doença avançada e convulsões.

O principal tratamento é a cirurgia, seguido de radioterapia, que levam a taxas de sobrevida entre 30 a 60% em cinco anos (ROSA *et al* 2007 p.33).

1.1.4 Neuroblastomas

Tumor maligno, sólido que tem origem no sistema nervoso simpático, mais frequente em meninos menores de cinco anos (NETTINA 2012, p.1644).

O local primário mais frequente é no abdome e glândula supra renal, podendo aparecer no mediastino, pescoço e pélvis e as metástase geralmente atingem medula óssea, fígado, pele e gânglios (ROSA *et al* 2007 p.29).

O tratamento consiste em cirurgia para ressecção do tumor que geralmente é sólido, combinada com quimioterapia que reduz o tamanho o seu tamanho e a radioterapia não está sendo muito indicada, Barreto & Mendonça (2001, p.39).

1.1.5 Rabdomiosarcoma

Tumor altamente maligno de tecidos moles, geralmente acomete cabeça, pescoço, trato geniturinário e membros (NETTINA 2012, p.1646).

Os rabdosarcomas dividem-se em dois grupos: embrionário e alveolar. Os de origem embrionária estão associados a um melhor diagnóstico, e acometem crianças com menos de dez anos de idade. Já os alveolares apresentam um prognóstico menos favorável e acometem, geralmente, adolescentes e adultos (ROSA *et al* 2007 p.30 apud CAMARGO, 2000).

1.1.6 Tumor de Wilms

Como descrito por Almeida & Sabatés (2008 p.380, p.381) o tumor de Wilms é um tumor renal maligno, que pode estar associado a várias anomalias congênitas como malformações geniturinárias. O tratamento é cirúrgico, poliquimioterápico e radioterápico.

1.1.7 Tumores ósseos

-Osteosarcoma

É um tumor ósseo muito comum na adolescência, atinge parte distal do fêmur e as partes proximais da tíbia e úmero. Seus principais sintomas são dor e edema localizados. A investigação diagnóstica deve incluir história, exame físico, exames radiológicos e laboratoriais, como citado por Barreto & Mendonça (2001, p.30-31).

De acordo com Camargo (2000 apud Rosa *et al* 2007, p.31), aproximadamente 15 a 20% dos pacientes apresentam metástases, sendo o pulmão o sítio mais comum (90%), seguido dos ossos (10%).

-Sarcoma de Ewing

Segundo Almeida & Sabatés (2008 p.386), acomete ossos e partes moles, atinge crianças de dez a quinze anos, do sexo masculino e de etnia caucasiana. O diagnóstico é confirmado com biópsia, e o tratamento cirúrgico pode ser conservador ou não, junto de poliquimioterapia e radioterapia.

1.1.8 Retinoblastoma

Conforme citado por Nettina (2012, p.1652) o retinoblastoma é um tumor congênito maligno que surge na retina de um ou ambos os olhos, geralmente só é diagnosticado após os seis anos de idade, um dos sinais mais claros é o chamado “brilho do olho de gato”.

Segundo Almeida & Sabatés (2008 p.382) o tratamento é local e sistêmico por meio de quimiorredução do tumor e radioterapia do feixe externo.

1.2 Sinais e sintomas característicos do câncer infantil e diagnóstico

São vários os sinais e sintomas que o corpo apresenta antes do diagnóstico certo, por isso é de suma importância uma anamnese e um exame físico bem realizado a fim de minimizar o tempo de pesquisa diagnóstica.

Os cuidadores devem atentar se há sinais inespecíficos como os citados por Barreto & Mendonça (2001, p.6): adenomegalia (aumento dos gânglios), alterações visuais, sinal do “brilho do olho do gato”, cefaléia matinal/náusea/vômito, distúrbios endócrinos, síndrome de Cushing, virilização, dor inexplicada ou choro persistente em lactente e em pré-escolar, dores ósseas e/ou articulares, febre inexplicada, mudança no tamanho ou na aparência de sinal pré-existente, palidez progressiva, perda de equilíbrio, presença ou aumento de massa em qualquer parte do corpo, ênfase para as massas abdominais, queda do estado geral, sangramentos, falha na coagulação.

O câncer infantil é de difícil diagnóstico, pois pode ser confundido com doenças rotineiras da infância, principalmente no início quando seus sintomas são mínimos, corroborando Rodrigues & Camargo (2003, p.29). Vale resaltar a importância dos pais nessa e em outras fases, pois é a partir de um simples detalhe que os médicos vão tomar iniciativa para fazer exames mais precisos para se chegar ao diagnóstico correto.

[...] uma série de situações que predispõe ao aparecimento do câncer infantil como; Síndrome de Down (mongolismo) e outras síndromes genéticas, malformações do trato geniturinário (hipospádia, criptorquidia etc), nevus pigmentar gigante, xeroderma pigmentosum e neurofibromatose (BARRETO & MENDONÇA, 2001, p. 5).

Para fazer um diagnóstico correto são utilizados vários métodos de imagem, como: radiografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Além disso, os marcadores tumorais (substâncias produzidas pelo tumor e secretadas no sangue, urina ou líquido) também auxiliam no diagnóstico ou no monitoramento da evolução da doença (MUTTI *et al* 2010, p.72).

No caso da existência de tumores, será necessária a Anatomia Patológica, que é feito através da citologia, exame que nos dá resposta rápida, através da histologia e outras técnicas como a imunohistoquímica, a citogenética, a citometria de fluxo e a Biologia Molecular (BARRETO & MENDONÇA, 2001, p. 7).

1.3 Modalidades de tratamento

O tratamento é agressivo, pois afeta as células saudáveis do indivíduo, provocando mudanças na imagem corporal, como perda de cabelo, paladar e a força física, mental e emocional (FIGUEIREDO *et al* 2009, p.4). É dividido em três etapas sendo que a mais utilizada é a quimioterapia.

Conjunto de drogas que atua em diversas etapas do metabolismo celular. Conforme descrito por (NETTINA 2012, p.134) a quimioterapia tem como objetivo destruir o maior número de células tumorais possíveis, é utilizada como tratamento primário, adjuvante, neoadjuvante, paliativa para prolongar a sobrevivência dos pacientes.

Sendo divididos em grupos por especificações farmacológicas e funções como citado por Rosa (2007, p.24 e 25 apud Camargo 2000):

- Agentes alquilantes: são ciclo-específicos, mas não fase-específico. Sua função é impedir a síntese de DNA. Ex: Busulfan, Ciclofosfamida, Ifosfamida, Cisplatina.
- Antimetabólicos: seu efeito principal é bloquear a síntese de DNA. São restritas as fases de síntese do ciclo celulares (ciclo e fase-específico). Ex: Metotrexate, 6 Mercaptopurina, Citosina Arabinoside.
- Antibióticos: são geralmente ciclo-não-específicas, agem intercalando com o DNA, impedindo sua duplicação e a produção de RNA mensageiro. Essas drogas interferem diretamente, impedindo a ação da topoisomerase. Esta é uma enzima nuclear que permite que a estrutura tridimensional da proteína se desfça, permitindo que as hélices de DNA fiquem alinhadas durante a fase de replicação. Ex: Adriamicina, Daunomicina, Bleomicina, Dactiomicina.
- Alcalóides da Vinca: Atuam especialmente inibindo a montagem do fuso mitótico, ligando-se às proteínas microtubulares e consequentemente interrompendo a divisão celular na metáfase. Ex: Vincristina, Vinblastina, Etoposide, Teniposide.
- Miscelânea: Diminuem a síntese proteica e é ciclo-específico atuando na fase G1 pós-mitótica. Ex: Corticosteróides (Prednisona, Dexametasona, Prednisolona), L-Asparaginase.

São utilizadas várias vias de administração: oral, IV, intramuscular, intratecal, intra-arterial, intravesical e tópica (NETTINA 2012, p.135). Os agentes quimioterápicos possuem alta toxicidade, por isso são preparados em salas especiais, chamadas capelas de fluxo laminar vertical. Deve-se avaliar o risco benefício antes de iniciar o tratamento nas crianças.

A radioterapia é o tratamento através da radiação ionizante, resulta na erradicação do tumor, podendo ser curativa quando se tem uma probabilidade de sobrevivência ou paliativa sendo utilizada apenas para aliviar os sintomas como a dor (NETTINA 2012, p.147).

Pode ser implantada de duas formas externa ou teleterapia que é a mais utilizada, realizada através de uma máquina com acelerador linear com técnicas de radioterapia intraoperatória, radiação estereotática e radioterapia de intensidade modulada. A interna ou braquiterapia é feita através de cateteres nos quais introduz a radiação diretamente no leito tumoral. Outra forma é a administração IV ou parenteral, conforme citado por Nettina 2011 p.148.

O número de aplicações da radioterapia varia de acordo com a extensão e a localização do tumor. Para isso é utilizado um aparelho chamado simulador, o médico delimita a área a ser tratada, através de radiografias, marca a pele com uma tinta vermelha para que a radiação atinja somente a região marcada. Pode-se usar até molde de gesso ou de plástico para proteção. Também são usados protetores de chumbo para proteger os tecidos e órgãos sadios (BRASIL, s.d., s.p.).

O tratamento cirúrgico pode ser usado para diagnóstico do câncer, através da biopsia, estabelecendo um diagnóstico definitivo. Pode ser primário, que consiste na remoção do tumor, adjuvante removendo tecidos para impedir que o câncer volte a aparecer, de recuperação que envolve uma abordagem cirúrgica extensa, paliativo para evitar complicações, reconstrutora reparando efeitos das mutilações, preventiva que é a remoção de células estranhas como pólipos (NETTINA 2012, p.134).

O Tratamento para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue é o transplante, que consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula (BRASIL s.d, s.p.).

O transplante de medula óssea é um procedimento agressivo, que acomete vários órgãos e tecidos, além da imunossupressão biológica devido ao uso de medicações para evitar a rejeição (FIGUEIREDO, 2009, p.422).

O transplante é usado na maioria das vezes nos casos de doenças do sangue como as leucemias. Pode ser autogênico quando a medula vem do próprio paciente, alogênico vinda de um doador ou através de células precursoras do cordão umbilical (BRASIL, s.d., s.p.).

Considerando o grande número, a variedade e a complexidade com que o câncer infantil está em todo mundo, vemos a necessidade de um preparo profissional para atender de maneira efetiva tal clientela adequando às novas tecnologias, visando uma melhor qualidade de vida, aliviando o sofrimento dessa doença que tem um tratamento prolongado e tornando o ambiente mais acolhedor à criança e a família.

2. AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇA HOSPITALIZADA

2.1 Criança

A criança é um ser humano em desenvolvimento, é nesta fase em que ela começa a reconhecer as pessoas e criar seus vínculos afetivos, reconhecer o ambiente em que vive aonde vai se familiarizando com os objetos, cores, cheiros, tendo sua rotina estipulada pelos seus familiares e cuidadores, criando hábitos comuns ao dia a dia.

Toda criança cresce e se desenvolve conforme sua criação, adquirindo características específicas como descrito por Cruz (2006, p.99) que afirma que apesar da sua imaturidade e vulnerabilidade, a criança possui uma capacidade de pensar, sentir e reagir diferenciada enquanto ser humano, porém possuindo características peculiares em cada faixa etária.

Um dos primeiros métodos usados pela criança para expressar suas necessidades é o choro, como citado por Sigaud (1996, p.23). Elas modificam a emissão do choro para diferenciar qual é sua vontade do momento. Com o tempo, o desenvolvimento da linguagem faz com que o choro passe a ser apenas por outros motivos, como a dor.

As crianças, quando saudáveis, não tem convívio ou mesmo contato com profissionais da saúde, sendo este apenas em consultas de rotina, campanhas de vacinação, criando deste contato esporádico certo receio.

Qualquer adoecimento gera na família motivo de preocupação, e quando a patologia abordada está relacionada à doença oncológica, esta traz consigo uma série de estereótipos devido, principalmente ao seu histórico e ligação com a morte de seus portadores.

O tratamento do câncer infantil tem como característica o fato de ser prolongado, demandando um tempo considerável de hospitalização e expondo a criança a procedimentos invasivos e desagradáveis, tanto física quanto emocionalmente. A criança precisa, então, adaptar-se a essa nova situação, sendo necessária a utilização de estratégias de enfrentamento adequadas (MOTTA 2004 p.194).

A doença acarreta em qualquer individuo sensações únicas e diante da hospitalização todas elas aumentam devido à mudança de ambiente, da rotina, da separação de seus conhecidos. Na criança tudo isso junto a qualquer outro trauma causado por uma

internação anterior, deixa o período mais difícil de ser vivenciado. Cada uma possui uma necessidade diferente para se sentir melhor como descrito por Cruz (2006 p.101).

A criança quando hospitalizada incita muitas emoções e sentimentos muitas vezes não vivenciados anteriormente, como o medo, sentimento de abandono, a insegurança, o stress, necessitando assim de um apoio ou até mesmo de intervenção psicológica para que essas emoções sejam canalizadas para algo positivo, não acarretando-lhe consequências negativas (SILVA 2012 p.3 apud FERRO, 2007).

Qualquer pessoa que passa por uma internação, precisa aprender a lidar com esta experiência de forma mais amena, é necessário que suas habilidades sociais estejam bem estagnadas, não havendo desta forma comprometimento de suas funções e relações interpessoais. A criança dificilmente compreenderá o que esta ocorrendo, tornando sua relação com a equipe de enfermagem muito conflituosa.

2.2 Hospitalização

A hospitalização é um processo muito complexo para uma criança, pois com ela ocorre a retirada do ambiente familiar, privando a da liberdade e de atividades rotineiras, levando-a para um ambiente desconhecido onde ficará aos cuidados de pessoas diferentes de sua rotina habitual e seus contatos diários e pessoas com quem possui vínculo.

A hospitalização é uma experiência estressante que envolve profunda adaptação da criança às várias mudanças que acontecem no seu dia-a-dia. Contudo, pode ser amenizada pelo fornecimento de certas condições como: presença de familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores da saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras (LIMA 1999 p.34).

Outro fator determinante na inquietação trazida pelo processo de hospitalização é a exposição a uma série de procedimentos técnicos: exames diversos, avaliações por diferentes profissionais e ainda cabe ressaltar que várias destas intervenções podem causar desconfortos, incômodos, afastamento familiar e inclusive dor, como descrito por Lima (1999 p. 184 185).

A criança se sente insegura devido à mudança de ambiente e seu estado de saúde, o que lhe causa grande desconforto. Os pais, por sua vez, se tornam ansiosos, preocupados e por vezes emotivos, devido, principalmente, ao medo do diagnóstico, outro fator determinante é o tempo decorrido do inicio dos sintomas à definição do que realmente está acontecendo.

Durante a hospitalização a criança passa por várias dificuldades, como os descritos a seguir por Motta & Enumo (2004 p.194 apud Méndez, Ortigosa & Pedroche, 1996):

Os principais estressores da hospitalização infantil: a doença; a dor; o ambiente hospitalar pouco familiar; a exposição a procedimentos médicos; a separação dos pais; o *stress* dos acompanhantes; a ruptura da rotina de vida e adaptação a uma nova rotina imposta e desconhecida; a perda da autonomia, controle e competência pessoal; a incerteza sobre a conduta mais apropriada; e a morte.

Almeida (2008 p. 51), relata o quanto às crianças hospitalizadas apresentam reações diferentes a internação, algumas se agarram a objetos, outras ficam agressivas, se isolam, chupam o dedo e passam a desconfiar de todos, se tornam inseguros.

A enfermagem deve estar atenta à idade da criança, pois a partir dela se diferencia a fase que a criança está, para adaptação do tratamento conforme descrito por Almeida (2008 p.53 - 54).

No lactente deve se manter o máximo possível às rotinas de casa sem alterar o tratamento e envolver os pais nos cuidados, já na idade pré-escolar deve-se explicar tudo o que a criança perguntar, falar dos procedimentos a serem realizados e elogiar quando houver cooperação. Na fase escolar envolve-la no plano de cuidado e orientar sobre as rotinas, enquanto na adolescência tentar respeitar o máximo sua privacidade e desenvolver promoção à saúde.

A enfermagem deve valorizar a criança como um ser único, com características exclusivas de cada um. Como citado por Lopes (2013 p.35) “O enfermeiro é o profissional de saúde que tem um contato mais próximo e prolongado com a criança, por isso, ele desempenha um papel chave na promoção do seu bem-estar”.

A criança possui necessidades diferentes além das clínicas tais como: atenção, alimentação, divertimento, tudo faz parte da humanização que deve ser trabalhada no ambiente hospitalar, como descrito por Gomes *et al* (2001, p.126 apud Deslandes 2004, p. 8) é uma forma de assistência que valoriza qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, até culturais.

A criança apresenta uma facilidade de adaptação, conforme descrito por Gomes *et al* (2011, p.130 apud Winnicott, 1997, p. 83,) “defesas da criança pequena são capazes de lidar com quase tudo que a vida oferece, desde que exista um ambiente amoroso nessa vida e que o fator tempo seja reconhecido”

Os cuidadores da criança são de extrema importância, seu apoio, sua disponibilidade de vivenciar a doença ali lado a lado faz com que a criança fique mais

tranquila durante o período de hospitalização. Conforme descrito por Strasburg *et al* (2011, p.264):

As mães acompanhantes buscam apoio emocional e conforto na equipe de enfermagem, sentindo a necessidade de serem acalentadas nas situações estressantes vivenciadas pela criança. Acreditam que os profissionais possuem conhecimento acerca do processo saúde-doença sendo capazes de dimensionar a gravidade ou não de cada caso.

As necessidades básicas são as mesmas do dia a dia, porém algumas se tornam difíceis de serem realizadas; o sono se torna intermitente devido os horários da medicação. As acomodações, principalmente ao que se associam aos acompanhantes, geralmente desconfortáveis, trazendo aspectos estressores para todos os envolvidos no processo de cuidar. A alimentação tem horários específicos, assim como a própria higiene pessoal, ou seja, tudo baseado em regras e rotinas impostas pela instituição (STRASBURG *et al* 2011, p.266).

O conforto é um cuidado holístico e complexo cujo resultado é essencial para os cuidados prestados Lopes (2013 p. 38 apud KOLCABA, 2003), complementando que para a criança conforto é estar livre de dor, de medo, e da ansiedade causadas pelo processo de hospitalização.

2.3 Processo de Humanização

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que nem sempre despertam receio e medo, conforme descrito em Mota (2006, p.324 apud Martins 2001), mostrando a existência de padrões pré-estabelecidos que nem sempre se encaixam com a condição da instituição.

Deve ser usada como uma ferramenta de trabalho para os profissionais de enfermagem, como forma de diminuir traumas e deixar o ambiente mais acolhedor.

Na hospitalização infantil as técnicas de humanização vem surgindo como meio de amenizar o sofrimento e garantir uma melhor assistência. Uma das formas mais utilizadas e que vem se destacando no meio assistencial é a implantação da brinquedoteca, principalmente depois que ela passou a ser um direito da criança e do adolescente, quando em 2005 foi implantada a Lei nº 11. 04/2005. Reafirmando que toda criança e adolescente podem desfrutar de recreação durante o processo de hospitalização. A existência de brinquedotecas se tornou obrigatória nas unidades de saúde que atendem crianças em

regime de internação; sua inobservância se configura em infração à legislação sanitária federal, cujas penalidades estão previstas (LIMA, 2011, p.12).

A interação/ distração e o brincar são necessidades inerentes à própria criança e podem ser o instrumento a utilizar pelos enfermeiros para reduzir o medo a ansiedade (MARQUES, Ordem dos Enfermeiros 2011 p.21).

Lopes (2013 p.39 apud Tavares 2008) mostra como é importante o enfermeiro saber dividir as situações e mostrar para a criança que além de impor regras quando preciso também sabe brincar interagir de um modo mais agradável.

O brinquedo é uma necessidade da infância que ajuda no desenvolvimento e estimula o aprendizado e a socialização (CRUZ *et al* 2006, p.102).. No hospital torna se uma forma de refúgio e deve ser valorizada por todos os profissionais envolvidos na assistência da criança, pois auxilia no alívio da dor e no controle da ansiedade.

São utilizados três tipos de brinquedos como descrito por (RIBEIRO *et al* 2006 p.76, apud VESSEY, MAHON, 1990), dramático que se assemelha a situações, dramatiza situações, como objetos hospitalares e domésticos, institucionais como os fantoches utilizados para contar histórias, demonstrar situações de uma forma menos assustadora e capacitador de funções.

Envolver a criança em brincadeiras, jogos de computador, ouvir música, ver desenhos animados, contar histórias, estimular a criança a ler, brincar com jogos ou conversar com amigos são algumas das atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a aliviar a dor na criança através da distração com a brincadeira. (LOPES 2013 p.32 apud HOCKENBERRY, 2006).

Os pais sempre juntos, fazendo com que todo esse período seja mais tranquilo, ajudando a criança com histórias lúdicas, com fantasias, tudo que amenize a dor e o medo da morte tornando menos sofrida a internação.

A capacitação e a qualificação profissional da equipe de enfermagem para dar suporte à mãe acompanhante da criança hospitalizada é necessária para que a humanização se faça presente neste contexto, qualificando a assistência (STRASBURG *et al*, 2011, p.266).

O enfermeiro dever criar um tempo para interagir, brincar com a criança, para criar um vínculo afetivo, a fim de fazer com que a internação não seja tão traumática. É imprescindível que a brinquedoteca não seja utilizada para realização de procedimentos deixando que aquele ambiente continue sendo um refugio para a criança e seus cuidadores.

No próximo capítulo será abordada a capacitação dos profissionais de enfermagem a trabalharem com crianças portadoras de doença oncológica, focando na humanização, na educação continuada e no processo de cuidar.

3. O PREPARO DAS EQUIPES PARA ASSISTIR A CRIANÇA COM CÂNCER

Atuar em terapia oncológica não é tarefa fácil, podemos acrescentar a dificuldade em se trabalhar com pacientes jovens atrelados a patologias degenerativas e por vezes fatais. Ao se reportar a literatura, muito se observa a necessidade de trabalhar o profissional, assim como os familiares, para o processo de morte. Porém, este não é o objetivo deste estudo, e sim ressaltar as necessidades individualizadas destes clientes e profissionais diante de tão árdua tarefa, que é assistir a criança portadora de doença oncológica.

3.1 Tipos de cuidados e principais focos assistenciais

A assistência a todo paciente, envolve o cuidado e esse cuidar se diferencia de acordo com o estado em que o paciente se encontra e de acordo com o conhecimento dos profissionais de enfermagem. Os tipos de cuidado podem ser preventivos, curativos ou paliativos.

Ao abordar o tema, criança portadora de doença oncológica, torna-se redundante abordar ações preventivas no que tange a possibilidade de evitar tal patologia, pois os principais a prevenção é baseada nos hábitos de vida do indivíduo, tais como: o uso excessivo de álcool, tabagismo, hábitos alimentares incorretos, sedentarismo, entre outras situações cotidianas.

Partindo deste pressuposto focaremos então nos cuidados curativos e paliativos, assim como nos principais objetivos terapêuticos à criança com doença oncológica, pois apenas quando compreendemos bem tais conceitos é que podemos estabelecer práticas assistenciais eficazes.

3.1.1 O cuidado curativo

Esse tipo de cuidado se refere à forma com que a equipe de enfermagem cuida de pacientes que apresentem alguma patologia, com possibilidade de cura.

Mutti *et al* (2010 p.81) explica que com as grandes chances de cura que a doença oncológica tem hoje em dia, é necessário melhoria na qualidade de assistência oferecida,

pois é uma doença muito complexa na qual os profissionais devem estar preparados tecnicamente e emocionalmente.

As ações da equipe de enfermagem no cuidado curativo estão diretamente relacionados à modalidade terapêutica ou combinação destas aplicadas a criança, sendo necessário um plano de cuidados individualizado às necessidades de cada paciente.

3.1.2 O cuidado paliativo

O cuidado paliativo é um tipo de cuidado realizado a pacientes com uma grande instabilidade no quadro clínico, com prognóstico de fase terminal, onde somente o medo da morte e a dor predominam em seu cotidiano, já para a Organização Mundial de Saúde (OMS) ele é descrito como “O cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo. São da maior importância: o controle da dor e outros sintomas, como também os psicológicos, espirituais e sociais” WHO 1990.

Um dos grandes objetivos dos cuidados paliativos é acrescentar qualidade aos dias, dando-se primazia aos cuidados emocionais, psicológicos e espirituais, e não somente aos cuidados técnicos e invasivos que, na maior parte das vezes, apenas trazem maior sofrimento para a pessoa e para a sua família (AVANCI *et al* 2009 p.710).

O foco do cuidado paliativo está na promoção do cuidado, no conforto, no alívio da dor, na melhora da qualidade, no tratamento com mais humanidade. Os enfermeiros têm como responsabilidade o cuidar dos pacientes, diminuindo o sofrimento vivenciado na internação, com a relação à criança. Pequenos gestos fazem toda diferença, como o simples fato de deixar a criança no colo dos familiares, colocá-la em uma posição confortável, usar um tom de voz adequada, permitir que ela brinque, deixar a temperatura do ambiente adequada, proporcionar analgesia e controle efetivo da dor para minimizar o desconforto causada por esta.

3.1.3 Foco no controle da dor

A dor é uma sensação única, individualizada, de difícil mensuração, porém existem métodos a serem usados para que identifiquemos a dor em uma criança.

A prática assistencial exige destreza profissional e principalmente interatividade com o paciente, afim de qualificar e quantificar a dor vivenciada. Quando a criança se comunica fica mais fácil, porém quando ela é menor devemos estar atentos a mudanças de

comportamento, choro excessivo, irritabilidade, insônia, inapetência, e também alterações fisiológicas e expressão facial, como descrito por (TORRITESE 1998 p.50).

Podemos perceber a utilização de escalas (ANEXO I), para quantificar e analisar a intensidade da dor vivenciada, sendo de fundamental importância sua utilização na prática diária de profissionais de saúde. Na escala de dor visual numérica, constitui-se de uma escala numérica onde o 0 significa ausência de dor e o 10 dor intensa. Nas escalas analógicas visual de fases, a imagem é muito representativa, são cinco faces com expressões que variam de sem dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável (TORRITESE 1998, p. 52).

A responsabilidade de promover o alívio da dor e o conforto do paciente exige uma precisa avaliação dos aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais e ambientais que desencadeiam ou exarcebam o quadro álgico da criança (TORRITESE 1998 p.49).

Cabe ressaltar que segundo os direitos da criança e do adolescente hospitalizado, toda criança tem o direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la (BRASIL, 2001, p.20).

3.2 Necessidades sociais/integração

No tratamento da criança com câncer é necessário uma equipe multidisciplinar, pois o cuidar não vai ter foco somente na criança, pois a doença oncológica vai acometer toda família, que terá necessidade de se adaptar ao tratamento modificando todo seu cotidiano.

O impacto na família está relacionado com longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva, dificuldade de separação da família, limitações na compreensão do diagnóstico, angústia, dor e sofrimento (MUTTI 2009 p.80).

Além dos profissionais de enfermagem outro profissional que tem um papel importante é o psicólogo, que ajuda a criança a se expressar utilizando terapias em grupos ou individuais, com desenhos, músicas, várias técnicas lúdicas tornando os dias de internação e tratamento menos desgastantes.

O psicólogo atua de forma precisa, tanto com as famílias quanto com os profissionais que lidam diariamente com crianças portadoras de doença oncológica, oferecendo suporte e estrutura emocional.

Quando uma doença aparece em uma criança, é natural que a família se una em torno dela e que seu vínculo afetivo se torne mais intenso, principalmente quando é uma doença grave como o câncer.

Quando uma criança é diagnosticada com câncer, a notícia e todas as consequências do diagnóstico afetarão principalmente a criança, mas também os pais (ou aqueles que cuidam dela), já que são eles os responsáveis por seus filhos (CARDOSO 2007, p.34).

Cada família tem sua individualidade, sua personalidade, tudo isso influência na forma em que a criança vai se adaptar ao tratamento, diante da doença uma das decisões mais difíceis a serem tomadas é como explicar a criança de uma forma simples o que esta acontecendo, mas como descrito Cardoso (2007, p.31, p.32) esconder da criança o que esta acontecendo pode fazer com que ela imagine diversas situações que podem até ser pior do que a atual, piorando o sofrimento.

Geralmente, quando a família conversa mais abertamente com a criança, ela se torna mais aberta ao tratamento, visando que aquilo é passageiro e que é para o seu bem. Em casos raros, algumas famílias se recusam a submeter à criança ao tratamento, julgando o agressivo e algumas outras por motivos religiosos e culturais, cabe lembrar que a família é responsável em a garantir a vida e a saúde das crianças.

Todas as vezes que a ação ou omissão dos pais colocar a criança ou adolescente em situação de risco (art. 98), assumem a responsabilidade a sociedade, a comunidade em geral e o Poder Público Conselho Tutelar: órgão não jurisdicional que zela pelo cumprimento do ECA (BRASIL, 1990, p.35), já que para a justiça brasileira, os pais não têm direito de negar tratamento aos filhos, são considerados apenas representantes, e quando tal situação acontece os médicos é que tomam a decisão.

A enfermagem tem papel fundamental, pois é ela que fica o maior tempo próximo ao paciente e junto à família, o que faz com que ocorra um desgaste emocional muito grande, já que em muito dos casos a doença oncológica pode levar a morte. Por mais que se tente ser apenas profissional, o convívio, as várias internações fazem com que um vínculo seja criado tornando inevitável o sofrimento diante da difícil descoberta de uma doença terminal.

Como descrito por Avanci (2009 p.713) os profissionais de enfermagem sofrem muito com relação à morte de uma criança, criando em si um sentimento de impotência, inconformados com a morte, despreparados e abalados psicologicamente.

Em relação aos familiares do paciente internado, estes também sofrem as consequências do adoecimento do parente doente e necessitam de apoio psicológico. Eles também são tomados pelas incertezas e pela angústia da experiência vivida por seu ente querido, sendo fundamental que tenham a possibilidade de expor seus sentimentos, visando a um melhor enfrentamento da situação (CARDOSO 2007 p.41).

A interação equipe de enfermagem, familiares e pacientes é fundamental para o sucesso das ações e medidas terapêuticas estabelecidas, cabendo ao profissional explicar de maneira clara e coesa suas ações diretas e indiretas ao paciente e ao acompanhante, reduzindo desta forma os anseios e necessidades de ambos.

3.3 A participação da equipe de enfermagem no assistir o paciente oncológico infantil

A participação da equipe de enfermagem no cotidiano hospitalar é inegável, estando presente em todas as ações praticadas no período de internação, atendendo as demandas de auto-cuidado, nos momentos de medo, angústia, insegurança e dor, devendo estabelecer um relacionamento terapêutico pautado na confiança, profissionalismo, compreendendo o indivíduo de forma holística, mesmo ele sendo uma criança.

O enfermeiro, devido a sua proximidade com o doente, por vezes exercem um papel de apoio significativo para familiares e para o próprio paciente, atendendo as demandas de atenção, apoio, e principalmente informação.

A assistência em oncologia requer do profissional de saúde uma prática resolutiva, seja qual for a situação de doença vivenciada pela criança e seus desdobramentos no cotidiano familiar. Desse modo, mostra-se a necessidade de rever dinâmicas assistenciais e práticas no cuidar em pediatria oncológica. É preciso revisitar conceitos como o cuidado e repensar a partir de uma visão holística (MUTTI 2009 p.81).

Gargiulo et al (2007 p. 699) mostram que a enfermagem necessita ter afinidade para cuidar de um paciente oncológico, pois com pequenos gestos de carinhos o ambiente torna-se mais acolhedor e afetivo deixando o paciente, que já está cheio de limitações, mais tranquilo, otimizando o processo assistencial e terapêutico.

Visando a dificuldade encontrada pelos profissionais de enfermagem em lidar com pacientes oncológicos, alguns meios vêm sendo pesquisados a fim de facilitar esse desenvolver. As doenças oncológicas estão em grande número e as pesquisas acerca dela também, buscando novos tratamentos aliviando a dor e buscando a cura.

Para a enfermagem estar atualizada, podendo dar o suporte necessário para esses pacientes, a forma mais comum é a busca por conhecimentos, que hoje em dia nas instituições de saúde é realizada através da educação continuada, tema este que será abordado a seguir.

3.4 Educação continuada

A educação continuada ou educação permanente é um programa educacional, oferecido nas instituições de saúde a fim de promover a qualidade na assistência prestada aos seus clientes, sendo uma forma de se capacitar profissionais, garantindo competência e eficiência na hora do cuidar. Como descrito por Paschoal *et al* 2007 p.479 :

A educação permanente, continuada e em serviço, podem motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades existentes na realidade de ensino do hospital-escola e da unidade de ensino.

Existem algumas áreas que tem grande importância dentro da educação continuada que são a orientação, o treinamento, a atualização e o desenvolvimento. Orientar passando a proposta a ser executada, treinar, mostrar todas as novidades atualizando o profissional e observar se as novas propostas estão sendo bem desenvolvidas.

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. Exige profissionais com responsabilidade, compromisso, preparo adequado e sensibilidade para cuidar da criança (AMADOR *et al* 2011 p.96).

Dentro de um ambiente hospitalar, os enfermeiros deveram estar atentos a todo serviço prestado ao nosso cliente, a fim de verificar quais as maiores dificuldades, e em cima delas preparar o material a fim de ser estudado na educação continuada. Outra forma de definir temas a serem tratados é visando qual tipo de paciente estamos lidando.

A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal, que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos trabalhadores, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, tais como: visão crítica dos problemas contemporâneos e responsabilidade social e cooperação dentro e fora do ambiente de trabalho, constituindo-se em motivação para continuar a aprender (PASCHOAL *et al* 2007 p.482).

Como a saúde é uma área que sempre tem novidades, uma área com características próprias, quanto a novos tratamentos, devido ao avanço das tecnologias, o enfermeiro é um profissional que deve estar sempre se atualizando, estudando, buscando novas experiências, para suprir as necessidades do mercado, se tornando um educador, afim de saber intervir quando necessário, como afirmou Bueno e Queiros (2006 p. 223).

Amador *et al* (2011, p. 96 - 97), sugere que para se fazer uma capacitação do enfermeiro em oncologia pediátrica, deve se focar no conhecimento, na vivencia, nas ações prática, no processo educativo e no envolvimento emocional.

O conhecimento é a única maneira de buscarmos entender tudo o que esta a nossa volta, quando temos uma base científica temos um respaldo quanto ao que estamos aplicando, a experiência ajuda muito mais precisamos de uma base para trabalhar com segurança.

O conhecimento serve de base e suporte para a enfermeira que cuida, pois ao técnico e ao teórico, se aliam a cientificidade do fazer profissional gerando o cuidado. A satisfação profissional pode ser alcançada através da segurança alicerçada e fundamentada no conhecimento, levando as profissionais a se sentirem confiantes em suas ações, ao serem capazes de identificar corretamente os problemas do paciente sob seus cuidados (GARGIULO *et al* 2007 p.701).

A saúde exige muito, requer qualificação. Quando o trabalho é realizado com base no conhecimento, o cuidar se torna mais humano e qualificado proporcionando aos pacientes um suporte mais eficaz, dando qualidade independente do tempo de vida que ele tiver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado abordou de forma sucinta o câncer partindo de seu histórico, até os dias atuais, é importante ressaltar que o diagnóstico precoce aliado às novas formas de tratamento possibilitam cada vez mais um aumento na cura de pacientes com esta patologia, porém, é inegável ainda hoje o medo da população quando vivencia um diagnóstico tão impactante e sua ligação com a morte.

Como o câncer é um conjunto de várias doenças, o foco deste estudo foi no câncer infantil e no preparo do profissional para cuidar desse tipo de paciente tão peculiar. É grande a variedade de doenças oncológicas existentes e as que mais acometem crianças são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas afetando as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação.

Cabe destacar a importância dos cuidadores na observação de sinais ou sintomas que possam vir a ser apresentados pela criança, visto que quanto mais precoce o diagnóstico maior será a possibilidade de cura e minimização dos agravos vivenciados.

Para realização do diagnóstico são utilizados vários tipos de exames, e diante do diagnóstico são utilizados tratamentos que incluem cirurgias, quimioterapias, radioterapias entre outros. Fatores como as relações interfamiliares, influenciam na aceitação da doença e na forma com que ela expressa a dor e o sofrimento. Durante os prolongados períodos de internação, destaca-se a importância da enfermagem tanto nos cuidados diários quanto no suporte emocional.

Diante de tão complexa doença visamos à necessidade de preparar os profissionais de saúde para lidarem de forma mais segura, tranquilizando o paciente e a família.

Durante o processo de internação de crianças com câncer que os profissionais de enfermagem ficam emocionalmente abalados, com isso precisam de um preparo emocional e uma capacitação contínua através da educação continuada para terem respaldo e preparo técnico para lidarem com uma doença na qual surgem novidades todos os dias.

A educação continuada tem o intuito de promover o conhecimento, através da atualização de assuntos nos quais os profissionais lidam e apresentam alguma dificuldade, focando nos temas atuais, nas novidades em tratamentos. Com propósito de capacitar, atualizando, treinando e dando base científica, a fim de deixar o profissional mais seguro para atender de maneira efetiva a necessidade dos pacientes.

Este estudo é apenas uma forma de mostrar a importância da educação continuada, da capacitação dos profissionais de enfermagem a cerca de uma doença tão conhecida e tão temida nos dias atuais, principalmente em se tratando da assistência voltada a crianças, pois necessitam de um cuidado diferenciado com características próprias e pautado no conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Empresa Brasil de Comunicação. *Mortalidade infantil no Brasil cai 77% em 22 anos, aponta Unicef*. Disponível em:

<<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-13/mortalidade-infantil-no-brasil-cai-77-em-22-anos-aponta-unicef>> Acesso em: 16 de out. de 2013.

ALMEIDA, Fabiana de Amorin & SABATÉS, Ana Llonch (org). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. Baurueri, SP, Editora Manole, 2008.

AMADOR, Daniela Doulavince, *et al.* Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado a criança com câncer. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n 1, p. 94-101, Jan-Mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/11.pdf>>.

AVANCI, Barbara Soares, *et al.* Cuidados paliativos a criança oncologica na situação do viver/morre: a ótica do cuidar em enfermagem. Escola Anna Nery, *Revista Enfermagem*, s.l, v. 13, n. 4, p. 708-16, out-dez, 2009. . Disponível em: <<http://www.4shared.com/web/preview/doc/WPiOaASn>>. Acesso em: 04 de ago. de 2013.

BARRETO, José Henrique; MENDONÇA, Núbia. *Diagnóstico precoce na criança e no adolescente*. Salvador- Bahia, 2001. Disponível em <<http://clinicaonco.com.br/conteudo/noticias/pdf/000062.pdf>>.

BELTRÃO, Marcela Rosa L. R., *et al.* Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnostico. *Jornal de pediatria*. Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 562-566, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a14.pdf>>. Acesso em: 05 de ago. de 2013.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente 3º edição. ECA. 1990. p.35, cap. 1. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/182.pdf>>.

BRASIL. Ministério da saúde. Cuidados Paliativos Oncologicos: controle da dor. *Instituto Nacional do Câncer. INCA*. Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço 3º edição revista, atualizada e ampliada. *Instituto Nacional de Câncer. INCA*. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 16 de out. de 2013.

BUENO, Marta Giglio; QUEIROZ, Marcos de Souza. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional e o processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*; s.l, v. 59, n.2, p. 222-7, mar-abr, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a19.pdf>>.

CARDOSO, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, s.p, jun. 2007. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a04.pdf>>.

CRUZ, Déa Silvia Moura da; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Assistência humanizada a criança hospitalizada. *Rev. RENE*. Fortaleza, v.7, n. 3,p.98-104, set./dez.2006. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/756>>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria de Almeida, *et al* (org). *Ensinando a cuidar da criança*. Difusão Enfermagem (Práticas de enfermagem)- São Caetano do Sul, SP, Editora YEDIS, 2003.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria de Almeida *et al* (org). *Enfermagem oncológica conceitos e práticas*. 1ºed. São Caetano do Sul, SP, Editora YEDIS, 2009.

GARGIULO, Cínthia Aquino, *et al*. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702. Out-Dez, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>>.

GOMES, Ilvana Lima Verde, *et al*. Humanização na produção do cuidado a criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 125-135, mar./jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a09.pdf>>. Acesso em: 07 de abr. de 2014.

JESUÍNO, Paula Aparecida de Souza Soriano. *Cuidando da criança com câncer representações sociais de enfermeiras (os)*. [Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia]. Salvador, UFBA, 2005. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11515/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Paula%20Aparecida%20Jesu%C3%ADno.pdf>- Acessado dia 20/08/2013.

LIMA, Mayara Brabosa Sindeaux. Descrição e Avaliação das Brinquedotecas Hospitalares em Belém. *Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará*. Belém, março, 2011. Disponível em:

<<http://www.ufpa.br/ppgtpc/dmdocuments/MESTRADO/DissertMayara%20Lima2011.pdf>>

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; ROCHA, Melani Melo; SHOCI, Carmen Gracinda Silvan. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais*. *Rev.latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. de 2014.

LIMA, Vilma Soares de, O impacto do câncer infantil e a importância do apoio solidário. *Revista Inter-Legere*. 2012. s.l., s.v, s.n., s.p. Disponível em:

<<http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/11/pdf/es09.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. de 2013.

LOPES, Andreia Filipa Ramos. *Relatório de estágio Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa*. Lisboa, junho de 2013. Disponível em:

<<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13571/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gi%C3%B3%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20de%20Sa%C3%BAde%20Infantil%20e%20Pedi%C3%A1trica%20-%20Andreia%20Lopes.pdf>>. Acesso em: 07 de abr. de 2014.

MARQUES, Antônio Manuel. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Ordem dos enfermeiros*. Série 1, num.3, vol 2. Disponível em:

<<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>>. Acesso em 08 de abr. de 2014.

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra, *et al.* Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal-estar e subjetividade* – Fortaleza, v.7, n. 1, p. 191-210, mar, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v7n1/11.pdf>>

Acesso em: 06 de ago. de 2013.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sonia Regina Fiorim. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 3, p. 193-202, setembro/dezembro 2004. Disponível em:

<<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0103-166X2004000300004>>. Acesso em 15 de jan. de 2014.

MOTA, Roberta Araújo, *et al.* Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10>>. Acesso em 08 de abr. de 2014.

MUTTI, Cíntia Flores; PAULA, Cristiane Cardoso; SOUTO, Marise Dutra. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. *Revista Brasileira de cancerologia*, 2010; s.l, v. 56, n 1 p.71-83. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbcn_56/v01/pdf/11_revisao_de_literatura_assistencia_saude_crianc_a_cancer.pdf>. Acesso em: 04 de ago. de 2013.

NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. Edição 9º, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koggan, Vol. 1, 2012.

NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. Edição 9º. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koggan, Vol. 4, 2012.

PASCHOAL, Amarilis Schiavon, *et al.* Percepção da educação permanente continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>.

RIBEIRO, Círléia Amália, *et al.* O brinquedo terapêutico na assistência a criança: o significado para os pais. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* São Paulo, v.6, n. 2, p.75-83, dezembro de 2006. Disponível em <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol6-n2/v.6_n.2-art2.pesq-o-brinquedo-terapeutico-na-assistencia-a-crianca.pdf>. Acesso em: 09 de abr. de 2014.

ROCHA, Rita de Cássia Luiz da. História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes. *Revista Analecta –Unicentro*, Guarapuava, Paraná, v.3, n 2, p 51-53, dez., 2002. Disponível em: <http://www.cepetin.com.br/pdf/a_historia_da_infancia.pdf>.

RODRIGUES, Karla Emilia; CAMARGO, Beatriz de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: Responsabilidade de todos. *Revista Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v. 49, n, p. 29-34, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf>>

ROSA, Aline Fernandes, *et al.* Câncer: Construindo caminhos para o cuidado de enfermagem a criança e família em regime ambulatorial. [Monografia de conclusão de Curso de enfermagem]. Florianópolis, UFSC, 2007. Disponível em <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0507.pdf>>. Acesso em: 15 de out. de 2013.

SIGAUD, Cécilia Helene de Siqueira, VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramalho (org). *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem a criança e ao adolescente*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária LTDA.

SILVA, E.A. A hospitalização infantil. Departamento de Psicologia – Faculdade Integrada de Ourinhos _FIO/FEMM. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-hospitalizacao-infantil>>. Acesso em: 31 de jan. de 2014.

STRASBURG, Aline da Cruz, *et al.* Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 262-7, abr/jun, 2011. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a15.pdf>>. Acesso em: 07 de abr. de 2014.

TORRITESI, Patrícia; VENDRÚSCULO, Dulce Maria Silva. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. *Rev. latino am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 49-55, outubro 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief and palliative care report. Genebra: WHO, 1990.

ANEXOS

Anexo 1

Escala de dor visual numérica



Fonte:

<<http://www.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Termos.aspx?filtro=Anexos&it emID=87>>

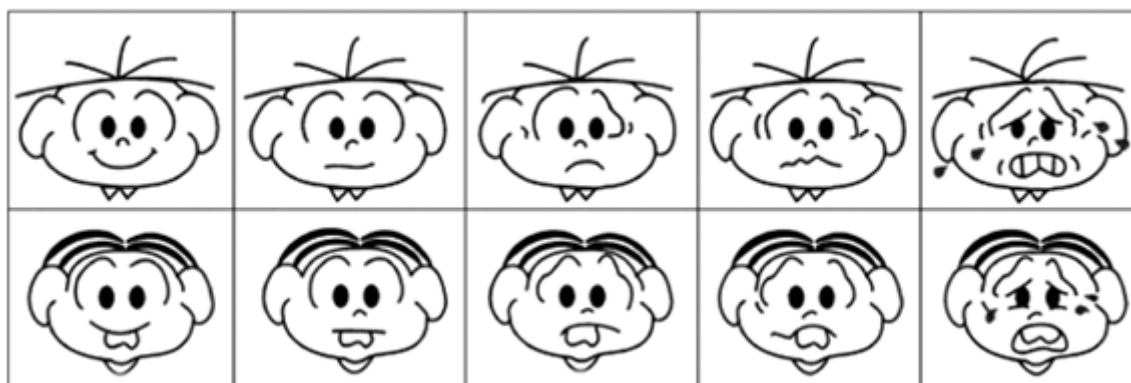
Escala de intensidade da dor- escala de fases



Fonte:

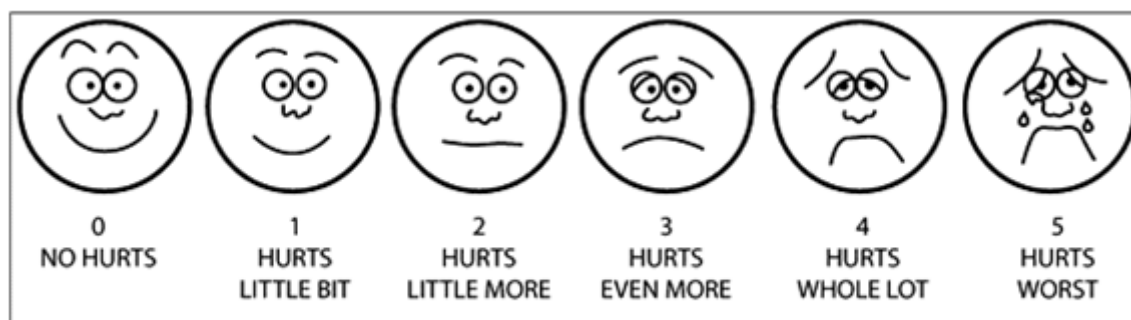
<<http://www.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Termos.aspx?filtro=Anexos&it emID=87>>

Escala de faces por Maurício de Souza



Fonte: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13875.pdf>>

Escala de fases Wong-Baker



Classificação da dor: 0 – sem dor; 1 a 2 – dor leve; 3 – dor moderada; 4 – dor forte; 5 – dor insuportável

Fonte: <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/index.php?p=html&id=1188>>