

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

KELLY CHRIATINA XAVIER DE OLIVEIRA

**CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA FRENTE AO DIOAGNÓSTICO COM
CÂNCER.**

VITÓRIA
2014

KELLY CHRISTINA XAVIER DE OLIVEIRA

**CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA FRENTE AO DIAGNÓSTICO COM
CÂNCER.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Luciane Valadão Almeida

VITÓRIA
2014

KELLY CHRISTINA XAVIER DE OLIVEIRA

**CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA FERENTE AO DIAGNÓSTICO COM
CÂNCER.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Luciane Valadão Almeida - Orientador

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Dedico este trabalho, aos meus pais, a minha irmã, ao meu noivo a minha família,
são pessoas que sempre me incentivaram
e me deram apoio, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter me dado força, sabedoria e de ter me sustentado nessa jornada de minha vida.

A minha mãe Marilene, ao meu pai Franquiano que, com muito amor, carinho, apoio e incentivo, não mediram esforços para que eu pudesse concluir o meu curso.

A minha irmã, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem para a conclusão deste trabalho.

Ao meu noivo, pela compreensão nas ausências, pelo carinho e dedicação que sempre teve comigo.

Agradeço a minha professora orientadora Luciane, que teve paciência, confiança, compreensão, empenho e dedicou seu tempo com carinho e zelo para que este trabalho ficasse concluído.

Aos meus professores, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

As minhas amigas pela amizade que foi construída, pelos momentos triste e alegre que passassem juntas, essa amizade vou levar por toda vida.

“Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é Descrever o Impacto do Diagnóstico do Câncer na vida da criança, adolescente e família, destacando o impacto físico, mental, social e espiritual na criança e adolescente, bem como, papel do Enfermeiro frente à criança, adolescente e família. O câncer é causado por uma desordem celular, onde a célula apresenta uma alteração em seu material genético, com crescimento celular acelerado, a célula doente, o que caracteriza célula cancerígena, definindo a malignidade. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi revisão bibliográfica, por meio de estudo sistematizado, onde se utilizou como objetos de pesquisa artigos publicados, livros, teses, sites científicos como BIREME, SCIELO, LILACS publicados em português, entre os anos de 2000 a 2014. O Câncer causa impacto físico, mental, social, espiritual. O impacto da confirmação do diagnóstico para criança, adolescente ocasiona dor, sofrimento, angústia, medo da morte e desespero. Na família, além da dor, o diagnóstico causa transtorno, desestruturação familiar. Para minimizar este sofrimento a família procura a religiosidade para suportar a dor, contribuindo assim, no enfrentamento da doença. As formas de tratamento para doença são quimioterapia, radioterapia, cirurgias, transplante de medula óssea. O tratamento para o Câncer é muito doloroso devido aos procedimentos invasivos e aos efeitos indesejáveis das drogas. Destacamos dessa forma o papel do Enfermeiro neste processo saúde e doença como o profissional importante que presta um cuidado holístico e humanizado, visando o bem estar do paciente e família sendo biológico, social, emocional e ou espiritual.

Palavras-chave: Câncer infantil. Diagnóstico. Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the impact of Cancer Diagnosis in the life of child, adolescent and family, highlighting the physical, mental, social and spiritual impact in children and adolescents, as well as the role of the nurse facing child, adolescent and family. Cancer is caused by a cell disorder where the cell has a change in its genetic material, with rapid cell growth, the abnormal cell, which characterizes cancer cell, defining malignancy. The methodology used in this research was a literature review through systematic study, which was used as research objects: published articles, books, theses, scientific sites like BIREME, SciELO, LILACS published in Portuguese, between the years 2000 to 2014. The Cancer causes physical, mental, social, spiritual impact. The impact of the diagnostic confirmation for children, adolescents causes pain, suffering, distress, fear of death and despair. In the family, besides the pain, the diagnosis causes disorder, family breakdown. To minimize this suffering the family looks for religiosity to endure the pain, helping them to fight the disease. The ways of treating the disease are chemotherapy, radiation therapy, surgery, bone marrow transplant. The cancer treatment is very painful, because of the invasive procedures and the adverse effects of drugs. Therefore we emphasize the role of the nurse in this health and disease process as the major professional who provides a holistic and humane care for the welfare of the patient and family that can be biological, social, and emotional or spiritual

Keywords: Childhood cancer. Diagnosis. Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Célula normal se transformação em célula cancerígena.....	26
Figura 2 – Capela de fluxo laminar quimioterapia.....	38
Figura 3 – Aparelho de Radioterapia.....	40
Figura 4 – Escala de avaliação da dor.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 CÂNCER INFANTIL.....	23
2.2 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER INFANTIL.....	27
2.3 TIPOS DE CÂNCER NA INFANCIA.....	29
2.4 FORMAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTIL.....	36
2.4.1 Quimioterapia.....	36
2.4.2 Radioterapia.....	38
2.4.3 Transplante de medula óssea.....	40
2.4.4 Cirurgia.....	41
2.5 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER NA VIDA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	42
2.6 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA FAMÍLIA FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE COM CÂNCER INFANTIL.....	57
2.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CÂNCER INFANTIL.....	62
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

A neoplasia ocorre através de um processo de modificações estruturais e funcionais, onde a célula anormal é substituída pela modificação genética do DNA. As células anormais se replicam em outras iguais a ela, onde começa a se multiplicar de maneira anormal. Essas células invadem os tecidos, os vasos sanguíneos e linfáticos no qual se espalham por todo o corpo (SMELTZER et al., 2009).

Almeida e outros (2005), afirmam que o câncer é uma enfermidade que está relacionada alterações descontroladas da estrutura celular.

Segundo Instituto Nacional de Câncer (2013), o câncer infantil equivale a um grupo de várias doenças que possui em comum a multiplicação descontrolada de células anormais e podendo acometer qualquer local do organismo. Os tumores com mais incidência na infância e adolescência são a leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas.

Instituto Nacional do câncer citado por Kada e outros (2014), relata que as neoplasias na criança e no adolescente acometem a faixa etária abaixo dos 19 anos, sendo que de 2 a 3% dos óbitos estão representados pelos cânceres malignos. E nesta faixa etária que se concentra o maior número de óbito, sendo que os tumores do sistema nervoso central, linfomas e a leucemias estão entre os que mais levam ao óbito. Os principais tumores encontrados na criança e no adolescente são leucemias, linfomas, carcinomas entre outros tumores.

As neoplasias na infância e no adolescente são de difícil diagnóstico, pois seus sinais e sintomas podem ser confundidos com outras doenças. Sendo que as principais manifestações são: palidez, febre, dor localizada, aparecimento de hematomas, perda de peso e surgimentos de nódulos e caroços (ACC CAMARGO, 2014).

O câncer infantil tem como uma de suas consequências o fato de ser uma doença de tratamento prolongado e de ter várias hospitalizações. A criança e o adolescente são expostos a tratamentos invasivos. O impacto gerado pelo tratamento no qual estará passando, afetará o seu emocional e seu estado físico (MOTTA; EMUNO, 2004).

Para Cardoso (2007), o impacto nos familiares é de aflição, se entregam intensamente ao ente querido com medo de que o pior aconteça, fazendo com que a família interaja mais com a doença, do que mesmo com a criança, que também está em sofrimento. Descobrir que está doente e ficar com limitações, restrições, ficando impossibilitada de praticar atividades físicas, restrita em ir à escola, ficar longe de seus amigos e de suas atividades diárias acaba levando a uma angústia e dor, não somente a ela, mais a mãe, o pai, os quais estão 24hs intensamente dando assistência, proteção e principalmente amor.

Segundo o autor, o sofrimento da família vem através do que a doença poderá trazer. Dependendo do tipo de câncer, poderá deixar marcas, feridas e cicatrizes que nunca poderão ser apagadas. A função da família é de estar sempre junto à criança para dar carinho e proteção. Muitas famílias procuram proteção divina, indo à busca da fé para ter conforto e tranquilidade espiritual.

O Instituto Nacional do Câncer (2014), relata que o tratamento do câncer infanto-juvenil pode ser realizada através da cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

O tratamento do câncer pode trazer para os pacientes alguns efeitos adversos. Esses efeitos podem ser de curto ou longo prazo, sendo que essas alterações irão estar relacionadas ao tipo de tratamento o qual a criança e o adolescente serão expostos (LOPES; CAMARGO; BIANCHI, 2000).

A neoplasia é uma doença que traz consigo a dor, sofrimento, no qual é vista pela sociedade como um símbolo de morte. Na criança e no adolescente a morte é vista como uma sentença, uma perversa crueldade, pois no entendimento da sociedade a criança e o adolescente estão relacionados com mudança, futuro, crescimento e esperança (SANTOS; GONÇALVES, 2008).

Os mesmos autores relatam que a descoberta de uma neoplasia ocasiona aos pais vários sentimentos, sensações e emoções, no qual não há uma explicação, pois estão relacionadas a uma angústia, medo e choque.

Para que a família enfrente o câncer e suas terapêuticas ela busca suprir suas necessidades se apegando a Deus. Com apoio religioso a família irá enfrentar a doença com um novo olhar e ter novas expectativas em relação à doença (FERREIRA et al., 2010).

É de grande importância que o enfermeiro e sua equipe tenham conhecimento sobre a neoplasia, pois facilitará no cuidado ao paciente, em seu tratamento e nas informações prestadas a ele (BARBOSA et al.,2012).

Segundo Lopes (2004), o enfermeiro que atua em oncologia deve estar presente na assistência ao paciente, pois é ele que age na prevenção de doença, no diagnóstico e em seu tratamento. É de extrema necessidade que o enfermeiro esteja atualizado e capacitado para que possa treinar sua equipe para prestar cuidados necessários ao paciente.

Brasil citado por Barbosa e outros (2012), relatam que a enfermagem presta cuidado e educação para as crianças e adolescentes e seus familiares. Sendo o enfermeiro, devido a suas habilidades técnicas o profissional capacitado para orientar e dar apoio ao paciente e a sua família no estágio de sua enfermidade, reabilitação e tratamento.

Este trabalho de revisão bibliográfica se justifica pelo fato do diagnóstico de Câncer Infantil na criança, adolescente e família ser muito doloroso, angustiante, trazendo várias incertezas no percurso do tratamento. Mediante a relevância do tema e o aumento dos números de casos de Câncer entre crianças e adolescente e sofrimento também da família percebemos durante vivência como técnica de Enfermagem e durante Curso de Graduação em Enfermagem a importância de revisar sobre o Tema Criança, Adolescente e Família frente ao Diagnóstico com Câncer. Que esta revisão proporcione aos leitores conhecimentos, contribuindo na formação acadêmica.

O Objetivo Geral deste trabalho é Descrever o Impacto do Diagnóstico do Câncer na vida da criança, adolescente e família, destacando o impacto físico, mental, social, espiritual na criança, adolescente frente ao Câncer Infantil, bem como, Papel da família frente ao paciente com Câncer Infantil e finalmente identificar a Atuação do Enfermeiro frente à Criança, Adolescente e família com Câncer Infantil.

Trata-se de uma Revisão de literatura com o tema Criança, Adolescente e família frente ao diagnóstico com Câncer.

Para o desenvolvimento da pesquisa realizado uma busca de dados com artigos em português entre os anos de 2000 a 2014. As coletas de dados foram realizadas em sites científicos como LILACS, BIREME, GOOGLE ACADEMICO, SCIELO, LIVROS,

REVISTAS ELETRONICAS, TESES, MONOGRAFIAS. Excluídos os textos que não atendem o propósito da pesquisa.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica consiste em dados já existentes, onde essas informações podem ser retiradas de livros e artigos científicos. Outra fonte de se retirar informações é através de revistas, jornais, dicionários e almanaques.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER INFANTIL

O câncer é uma enfermidade que acarreta temor na sociedade, por ser considerada uma doença que leva a morte. Sua origem vem do latim (câncer) significa “caranguejo”, esta relação está associada ao crescimento infiltrante provocado pela doença, onde se comparam as pernas do crustáceo, pois suas pernas fixam na areia ou lama para se apoiar dificultando sua remoção (BRASIL apud ALMEIDA et al., 2005).

Silva e outros (2013), afirmam que a neoplasia ocorre devido ao crescimento de forma anormal e de desordem celular, no qual afeta o indivíduo independente do seu sexo, cultura, idade e da sua situação financeira. Causa grande abalo, pois afeta a autoimagem e autoestima do indivíduo. A célula cancerígena tem sua multiplicação rápida, sendo que é incontrolável e bastante invasiva, podendo se espalhar para todo o corpo do indivíduo.

A neoplasia é caracterizada como uma doença genômica, e seu aparecimento e através da modificação do DNA e das células normais que se modificam e se transformam em malignas (ROCHA; KAGOHARA, 2004).

Através de estudos e com os avanços científicos, os tumores são considerados uma neoplasia que tem o seu crescimento irregular das células, sendo essa definição aplicada aos tumores malignos (BRASIL apud ALMEIDA et al., 2005).

O mesmo autor relata que há aproximadamente 200 tipos de câncer, no qual são capazes de invadir tecidos e órgão vizinhos.

Segundo Cardoso (2007), o câncer é uma enfermidade que até hoje e mesmo com o continuo avanços tecnológicos desde sua descoberta, bem como, sua cura, ainda leva muito receio em relação à morte.

A doença atinge 10 em cada 1000.000 crianças todo ano em todo planeta, porém uma criança a cada 600 poderá desencadear o câncer durante sua infância. Atualmente sabe-se que dois terços desta doença são conceituados como remediáveis, se a descoberta e o tratamento da doença forem iniciados logo, haverá mais chances de cura (VALLE; FRANÇOSO (1999) apud MENEZES et al., 2007).

Santos e Gonçalves (2008), relatam que o câncer pode afeta entre 12 e 13 mil crianças em todo o ano, 70% dos casos apresenta cura, porem a neoplasias ainda e a terceira causa de morte em crianças e adolescentes com idade entre 1 e 14 anos.

Malkin citado por Reis, Santos e Thuler (2007), relatam que o câncer no adulto está relacionado a diversas causas como o estilo de vida, tabagismo, alimentação. Diferenciando da criança e do adolescente que não a um fator específico. A neoplasia pediátrica diferentemente do adulto tem seu desenvolvimento acelerado e são mais penetrantes.

Estudos, referentes à origem do Câncer na infância incluem específicos fatores determinantes como físicos e biológicos, pois o câncer está relacionado a uma enfermidade crônica degenerativa sendo uma doença de natureza genética (MARCONDES et al., 2003).

Almeida e outros (2005), afirmam que a neoplasia é a terceira causa de morte no planeta, é ocasionada a morte de seis milhões de indivíduos por ano. Afirmam também que os fatores ambientais estão associados á doença. Sendo que 80% dos cânceres estão relacionados ao meio ambiente. Esses fatores são: estilo de vida, hábitos alimentares, água, solo e alterações do meio ambiente que é ocasionado pelo homem. Esses fatores determinam o tipo do câncer para o individuo.

Camargo, Lopes (2000), Asseguram que não apresentam histórico familiar e não está agregada a desorganização genética.

O carcinoma in situ ou invasivo é a primeira classificação do câncer. Neste estágio inicial a célula cancerígena está no tecido não ocorrendo metástase para outros órgãos. Quando o tumor in situ é tratado antes de sua proliferação, há uma grande chance de cura para o individuo, porém as neoplasias invasoras penetram as células dos órgãos, passando para a corrente sanguínea e linfática. Essa neoplasia tem sua característica de invadir, disseminar e proliferar em outras partes do organismo da pessoa (BRASIL, 2012).

Segundo Brait e Dellamano (2008), o tumor é o efeito final de um contexto que se compreende em vários estágios que se aplica pela sua iniciação, promoção e progressão da doença. A fase inicial consiste na alteração do DNA, RNA ou de suas proteínas. A fase da promoção às células modificadas se prolifera rapidamente, porém ainda não a sua disseminação. Na fase de progressão as células já esta

modificada ocorrendo seu aumento de forma desordenada, nessa fase o tumor já está instalado e ocorre a suas manifestações clínicas.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2008), as células normais do organismo vivem em plena harmonia funcional, citológico e histológico e esta harmonia está relacionada à conservação da vida. Sendo que suas estruturas funcionais e morfológicas são definidas pelo código genético.

A célula cancerígena tem seu crescimento diferenciado das células normais. As células cancerígenas elas não morrem, continuam em um desenvolvimento incontrolável, ocorrendo surgimento de novas células (BRASIL, 2012).

Segundo Marcondes e outros (2003), alguns câncer expressam irregularidades cromossômicas, numéricas e estruturais. Assim sendo, uma estrutura associada na carcinogênese encontraria junto à estimulação oncogenes ou a destruição de antioncogenes.

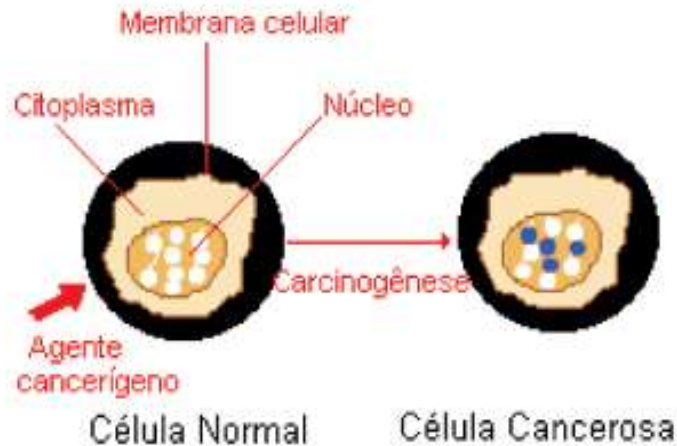
Brait e Dellamano (2008), relatam que as modificações cromossômicas podem está relacionada pelas alterações estruturais e numéricas. As alterações numéricas estão relacionadas pelo aumento ou redução do número do cariótipo e as estruturais estão associadas às modificações na estrutura dos cromossomos.

O mesmo autor relata que as alterações cromossômicas são encontradas nos portadores de linfomas, tumores sólidos e nas leucemias.

O surgimento da neoplasia pode ser de um acontecimento de uma única célula iniciadora quando derivado de incalculáveis fatos em uma massa de células suscetível, entretanto a replicação celular o DNA está preso a uma sequência de desiguais características alterada, chamadas de mutações (MARCONDES et al., 2003).

A transformação de uma célula normal em uma célula cancerosa requer a ocorrência de múltiplas alterações em seu material genético. [...] mutações nas células somáticas a alteração mais frequente no processo de carcinogênese que afeta, principalmente, a expressão dos oncogenes e genes supressores de tumor, responsáveis pela proliferação e pelo desenvolvimento celular. [...] altera – se a regulação celular normal e as células passam a se dividir de forma autônoma, a crescer desordenadamente e a acumular células alteradas que formarão o tumor. (BETTONI, 2008, p. 16).

Figura 1 – Célula normal se transformando em célula cancerígenas



Fonte: Almeida et al. (2005, p.119).

Devido o excesso da mutação, ocorre a modificação na regulação das células normais, sendo que as células normais passam a ser multiplicar de forma independente, ocorrendo o crescimento desordenado e o excesso de células modificadas, no qual se transformara no câncer (BETTONI, 2013).

Segundo Brasil (2012), as neoplasias são classificadas como benigna e maligna. Um tumor benigno possui um desenvolvimento organizado, cresce de uma forma lenta e não atinge estruturas dos tecidos vizinhos. As neoplasias malignas são bastante agressivas, crescem de forma desordenada, são bastante infiltrante, provocam ramificações e são bastante resistentes ao tratamento.

Segundo Santos (2013), o câncer é delimitado como massa celular em multiplicação desordenada, e não corresponde o mecanismo do ciclo celular. No entanto sabe-se que uma pequena proporção das células na massa do tumor está em um processo patológico de multiplicação. Sendo que a célula que sofreu uma modificação pode ter alguma resposta em seu mecanismo de controle, e a célula maligna após sua alteração pode ocorrer que ela não se multiplique.

Segundo Caram, Luise e Pires (2013), os sinais e sintomas mais evidenciados são dor nas articulações, dor óssea, febre, aumento do fígado e do baço e adenomegalia.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2014), o câncer na criança e no adolescente se diferencia do adulto, pois na infância a célula atinge principalmente os tecidos de sustentação e as células sanguíneas.

2.2 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER INFANTIL

A incidência de câncer vem crescendo em todo o mundo e é considerado um problema de saúde mundial (GUERRA apud BELTÃO et al.,2007).

Segundo Borges e outros (2009), nos Estados Unidos, os tumores infanto juvenil e uma das causas de morte correspondendo às idades de 1 a 14 anos, já no Brasil o câncer representa a terceira causa de morte entre crianças e adolescentes, apenas sendo supridas por mortes de causas externas e por acidentes.

Na infância há aumento das neoplasias malignas sendo de 1 a 4%. No passado era considerada uma doença aguda e fatal, hoje é considerada uma doença crônica com chances de cura (BRASIL, 2005 apud BELTRÃO 2007).

O diagnóstico de uma neoplasia e o tratamento em si, leva ao paciente um choque, que afetará o seu estado emocional e seu físico (SOUZA; ESPIRITO SANTO, 2008).

Vieira e outros (2012), relatam que o diagnóstico da neoplasia traz consigo sentimentos de angústia, medo, sofrimento. O paciente tem em mente que o tratamento causa a sua internação e os procedimentos invasivos no qual irão passar, irá abalar a sua saúde emocional e física.

Segundo Brasil (2005) citado por Beltrão (2007), 70% as crianças podem ser salvas se o diagnóstico for rápido, e seu tratamento for realizado em locais especializados. A descoberta da doença é um momento estressante, tenso, cheios de dúvidas, ocasionando dor na vida dos familiares.

Os tumores pode se manifestar de três formas, como massa palpável que é observado no exame clínico, pode se apresentar com sinais sintomas e por último, não apresentando sintomas específicos da doença (BIANCHI; CARMO, 2000).

No momento no qual ocorre à confirmação do câncer na criança e no adolescente é de difícil superação para os pais. Os pais sinalizam que está acontecendo algo errado por meio das manifestações e alterações no comportamento de seus filhos (FERMO et al., 2014).

A família e a criança requerem de maiores cuidados não somente físicos, sociais, econômicos, espiritual, mais também de atenção psicológica (WOODGATE, 2003 apud BELTRÃO, 2007).

Fermo e outros (2014), relatam que a descoberta da neoplasia acarreta um experimento de desespero, angústia, dor e aflição com o futuro da criança. Neste contexto, a família terá ajuda de profissionais capacitados que possuem técnicas e conhecimentos específicos, no qual irá prestar toda a assistência, tanto para o paciente, como para a família.

Os pais ficam em choque com a descoberta do diagnóstico, perdem o rumo e o sentido da vida, ficam em verdadeira inércia. A descoberta trás consigo o preconceito e o estigma da morte (BELTRÃO et al., 2007).

Segundo Marcondes e outros (2003), os cânceres da infância não apresentam sintomas, a análise preventiva é de pouca relevância, já os laboratoriais por muitas vezes são sensível a não especificidade. A agressão do tumor em algumas circunstâncias e com a descoberta às vezes não permite procedimentos terapêuticos aceitáveis.

Segundo o mesmo autor por diversas vezes o câncer em estágios avançados continuam sem sintomas aparentes, quando é feita à descoberta pode ser de modo casual através de um familiar que nota alguma alteração e leva a criança ao médico ou através de uma consulta rotineira ao pediatra.

A descoberta antecipada é de muita relevância para os possíveis eventos terapêuticos e a probabilidade de restabelecimento integral da doença. Câncer apresenta manifestações não específicas como perda de peso, diarreia, dores articulações, anorexias, febre de procedência não definida, sudorese, algia óssea, restrição à atividade física e mudança de humor. Os testes pra se confirmar a dimensão da doença devem se feito pelo médico pediátrica oncologista, que poderá ser repetido por inúmeras vezes (CAMARGO; LOPES, 2000).

Segundo Quirino e Collet (2012), a mudança familiar ocorre assim que se apresentam as manifestações clínicas, e aumenta quando é confirmado o diagnóstico. Quando se obtém o diagnóstico se tem uma apreensão de uma nova percepção da vida.

O diagnóstico do câncer em uma criança é assolador para os indivíduos que estão ao seu redor. A descoberta sinaliza o principio de uma experiência não desejada, planejada. O câncer causa modificação duradoura e bastante intensa no seio

familiar (SANTOS; FIGUEREDO, 2013). O diagnóstico de uma neoplasia e o tratamento em si, leva ao paciente um choque, que afetará o seu estado emocional e seu físico (SOUZA; ESPIRITO SANTO, 2008).

Vieira e outros (2012), relatam que o diagnóstico da neoplasia traz sentimentos de angústia, medo, sofrimento. O paciente tem em mente que o tratamento causa a sua internação e os procedimentos invasivos no qual irão passar, irá abalar a sua saúde emocional e física.

2.3 TIPOS DE CÂNCER NA INFÂNCIA

Segundo o Instituto nacional do câncer (2014), os tumores mais acometidos nas crianças e nos adolescentes são: Tumores do sistema nervoso central, linfomas, leucemias, neuroblastoma, tumor de wilms, retinoblastoma e osteossarcomas.

Leucemias agudas é um tipo de Câncer que se distingue por desenvolver um composto heterogêneo de moléstia no qual ocorre mudança nos dados da medula e no sangue normal por outras células novas ou por células diferentes chamadas de blastos (ELMAN; SILVA, 2007).

Segundo Camargo e Lopes (2000), são uns tipos de Câncer que ocorre em menores de 15anos, 30% dos cânceres nos infantes são a leucemias. Nesta idade o tipo mais comum é a leucemia aguda. Sendo que a leucemia linfocítica aguda é a que mais acomete, em seguida a leucemia não linfocítica aguda.

Acometem adultos e crianças entre 3 a 5 anos. Não se sabe como ocorre seu surgimento, mais alterações genéticas e hereditárias colaboram com seu aparecimento, assim como as síndromes com alteração em seu DNA também podem contribuir com o surgimento da doença. As manifestações mais comuns são anemia, diminuição dos neutrófilos, diminuição das plaquetas devido a um erro na hematopoese. Não é frequente há perda de peso. Pode resultar em algias nos membros que são mais comuns, especialmente na configuração óssea ou nas articulações (MARCONDES et al., 2003).

Marcondes e outros (2003), relatam que a doença clonal aguda é devido a um aumento descontrolado de uma célula mãe que pode se multiplicar infinitamente. A

leucemia linfocítica aguda pode ocasionar a anemia, trombocitopenia, neutropenia devido a células sanguíneas não se renovarem.

Algumas síndromes possuem mais predisposição em desencadear a leucemia linfocítica aguda tais como: síndrome de Down, Síndrome de Bloom, Neurofibromatose, síndrome de schwachman, síndrome de klinefelter e ataxia telangiectasia síndrome de Down, Síndrome de Bloom, Neurofibromatose, síndrome de schwachman, síndrome de klinefelter e ataxia telangiectasia (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Sua causa é desconhecida apesar de se destacar possível manifestações como consequência da irradiação, exposição às medicações que atuam diretamente no tumor, causas genéticas e a exibição a determinado vírus (LOPES; MENDES 2000 apud ELMAN; SILVA 2007).

A leucemia mieloide aguda é a formação de várias células que provém do tecido hematopoético, que tem por sua vez a diferenciação através da multiplicação de células anormais, sendo que essas células mãe provém da linhagem mieloide, no qual leva a uma produção que não é satisfatória das células maduras normais. No entanto a leucemia mieloide aguda está associada à anemia, trombocitopenia e da diminuição dos números de neutrófilos (MARTINS; FALCÃO, 2000).

E um tumor resultante de uma célula mãe mieloide ou por células afetadas eritróide, granulocítica, monocítica ou megacariocítica. 17% das leucemias mieloide ocorrem em idade abaixo dos 15 anos, já os recém-nascidos são os que têm mais incidência (MARCONDES et al.,2003).

Sua origem não é bem esclarecida, mais devido a usos de drogas ilícitas, produtos resultantes de petróleo utilizados na gestação podem contribuir com o surgimento da doença em recém-nascidos (MARCONDES et al., 2003).

Segundo o mesmo autor sua analise clinica é realizada através de 25% ou mais de blastos na medula óssea, também pode haver um comprometimento extra medular. O diagnóstico de leucemia mieloide aguda para ser diferenciadas de outras doenças é através do esfregaço corado, que é pelo metodo leishman, sendo que a imunofenotipagem citogenética e estudos químicos são essenciais para o diagnostico.

Segundo Camargo e Lopes (2000), existem dois tipos de linfomas, o linfoma não Hodgkin e o linfoma Hodgkin, que estão associados a uma disposição genética ocorrida por algum vírus ou por causa de um defeito no rearranjo.

O linfoma não Hodgkin compõem um conjunto de tumor que se inicia de células e órgão do sistema imune. Ocorrem modificações que pode incidir dessas células gerando desiguais modelos morfológicos. Transformações que procedem de linfomas são capazes de aparecer deformidades de ontogenia linfocitária ou estando relacionada a processos de organização genética a qual as células são sujeitas (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Sandlund (1997), citado por Pedrosa (2007, p. 548), relata que:

Dentre os fatores prognósticos que vêm sendo estudados em LNH na infância, a carga tumoral no momento do diagnóstico, normalmente quantificada através do estadiamento e do nível sérico da desidrogenase láctea (DHL), é o fator de maior consenso na literatura. Outros fatores prognósticos importantes são: o tipo de tratamento e o local onde este é realizado com pacientes que utilizam esquemas terapêuticos mais modernos, em centros com experiência e infraestrutura adequada, apresentando melhores taxas de sobrevivência.

O linfoma não Hodgkin compreende uma alta diversidade de enfermidade lesiva e que há proliferação da textura linfóide e divergindo de caráter satisfatório na idade mais amadurecida (MARCONDES et al.,2003).

O Linfoma traduz como grandes massas na região abdominal de desenvolvimento ligeiro que pode está associada a dores abdominais de pequena proporção. Suas manifestações gastrointestinais são vômitos, obstrução intestinal, diarreia, sangramento gastrointestinal agudo, acumula de água na região abdominal, ocorrendo aumento do fígado e do baço (CAMARGO; LOPES, 2000).

O linfoma de Hodgkin é de menor incidência em crianças abaixo de 5 anos de idade. Pesquisas demonstram que a doença apresenta três formas de se apresentar, uma delas é a infantil que ocorrem em menores de 14 anos, adulto-jovem dos 15 aos 34 anos e na fase adulta que corresponde 55 a 74 anos. Sua prevalência é no sexo masculino (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Segundo os mesmos autores, a doença ocorre devido à presença de células clonais, chamadas de células de Reed-Sternberg, que inclui varias células inflamatórias. As células de Reed-Sternberg provêm de células da linhagem linfóide B positivas de CD15 e CD30.

Uma de suas principais manifestações é o aumento ganglionar cervical. Pode manifestar suor noturno intenso, febre, perda de peso, fadiga e anorexia. Para confirmação da doença é realizado uma biopsia ganglionar (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Segundo Lopes, Chammas e Iyeyasu (2013), o neuroblastoma é uma neoplasia sólida, extracraniana comum em crianças, corresponde 7% de todos os tumores desta faixa etária. Possui um índice de 10,2 milhões por casos e correspondendo infantes menores de 15 anos, sendo que o diagnóstico da doença é feito até aos 17 meses, acometendo mais o sexo masculino.

O tumor acomete as seguintes regiões: abdominal, a medula da adrenal, mediastino, pescoço e a pelve. Os principais órgãos onde pode ocorrer a metástase tumoral são na pele, fígado, gânglios e medula óssea (CAMARGO; LOPES, 2000).

Segundo Carmo e Lopes (2000), manifestam - se como uma massa abdominal sólida, irregular, sem apresentar dor, que ultrapassa a linha média do abdômen. Apresenta sinais como: sudorese, taquicardia, vermelhidão facial, hipertensão, irritabilidade, pode também manifestar anemia, sangramento, nódulos subcutâneos e perda de peso.

A confirmação do diagnóstico do neuroblastoma é realizada através da punção aspirativa da medula óssea, por análise realizada por biópsia ou pela remoção do tumor através da cirurgia. O diagnóstico sempre vai estar associado à massa abdominal, anemia, pressão alta, baixo peso, obstrução da veia cava superior, alterações hematológicas e aumento do fígado (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Marcondes e outros (2003), afirmam que o neuroblastoma apresenta um bom regresso natural dos cânceres, está entre os tumores com pouca chance de cura, sendo sua estimativa de 10%. Não se sabe como surge a doença. Esse tumor é de origem de células nervosas.

Neuroblastoma provém do tumor maligno neuroepitelial que surgiu de células provenientes do sistema nervoso simpático. Ocorre no período do crescimento fetal ou nos primeiros anos de vida da criança (BRODEUR; CASTLEBERRY apud TORTURELLA et al., 2011).

Provém das células da crista neural que é o agente pela concepção do sistema nervoso simpático e também da medula da glândula adrenal. Esta neoplasia é mais comum em infantes, sendo o causador de 8 a 10% dos cânceres em recém-nascidos (BRODEUR; CASTLEBERRY apud TORTURELLA, 2011).

Tumor de Wilms é um tumor renal que mais acomete crianças. Agride crianças entre 2 e 3 anos de idades, acometendo 80% os menores de 5 anos, não sendo observados em menores de 1 ano (LOPES; IYAYANSU; CASTRO, 2008).

Segundo Lopes, Chammas e Iyeyasu (2013), o tumor de Wilms também é denominado de nefroblastoma, sendo o tumor geniturinário mais frequente em crianças. O acometimento da doença é de causa inespecífica, porém poderá acometer membros da família entre 1% a 2%.

Segundo relatos dos autores as síndromes como Beckwith-Wiedemann, Denys-Drash, WAGR (Wilms, aniridia, malformação geniturinária e retardo mental) e hemihipertrofia corporal (4) possuem uma predisposição em desenvolver a doença.

O tumor se manifesta como uma massa renal que não apresenta sintomas, 90% dos casos é descoberto por familiares. Uma das primeiras manifestações é a hematúria, dor abdominal e pressão arterial alta. A avaliação do quadro clínico é realizado através do histórico, exame físico, exames laboratoriais, ultrassonografia, tomografia computadorizada (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Tem uma predisposição em negros e do sexo feminino, podendo acontecer de modo casual ou hereditária. A hereditariedade está relacionada à malformação congênita como as geniturinárias, a hemipertrofia e a aniridia. Demonstrem-se como massas que não apresentam sintomas observados pelos cuidadores ou em consultas ao pediatra. O seu volume é frequentemente hemiabdominal o infante cresce sem desenvolver seus sintomas como febre, dor ou perda de peso (MARCONDES et al., 2003).

O retinoblastoma é uma neoplasia intraocular mais frequente na infância, é bastante agressivo, envolve o crânio, o sistema nervoso central, nervo óptico, órbita, é metastático, se espalhando rapidamente para todo o corpo (KRONBAUER et al., 2000).

Segundo Antoneli e outros (2003), os sinais e sintomas do retinoblastoma são reflexo do olho de gato, aparecimento de uma massa na órbita ocular, pode ocorrer

desalinhamento ocular, olhos de cores diferentes, inflamação ocular, dores de cabeça, vômitos, dores ósseas e também perda da visão.

De acordo com Marcondes e outros (2003), o retinoblastoma pode ocorrer de forma causalmente em 94% dos casos e de forma hereditária em 6%, sendo que a maioria das neoplasias bilaterais são de forma hereditária e apenas 20% sendo de forma unilateral. Esses tumores provêm da perda dos alelos do gene RB1, que são de origem dos genes supressores no qual o seu papel é de a divisão celular.

O Retinoblastoma ocorre devido à perda de uma parte do braço longo do cromossomo 13. A parte da perda é variável e afeta a região q14, onde está o gene RB1. A não ativação desses alelos é o que causa o tumor (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Segundo Lopes, Chammas, Iyeyasu (2013), indivíduos que já tiveram a doença pode transmitir para seus descendentes em uma porcentagem de 45%. Famílias com histórico da doença, suas crianças devem fazer exames oftalmológico para detectar a neoplasia a cada 4 meses até aos 4 anos de idade.

A sua forma terapêutica consiste no tamanho intra e extraocular do câncer. Entretanto nas lesões intraoculares quando o acometimento é de menor proporção, a crioterapia ou radioterapia possuem uma boa manifestação a agressão do tumor, sendo que o globo ocular e a visão mantêm-se íntegros, se acometer for de maior proporção o globo ocular é retirado totalmente para preservar a vida do paciente (MARCONDES et al.,2003).

Osteossarcoma é uma neoplasia óssea com mais incidência na fase pediátrica, acomete crianças e adolescentes entre 10 e 20 anos de idade. Afeta os ossos longos, como o fêmur distal e a tíbia proximal e úmero proximal. Nos ossos chatos seu acometimento é menor (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Carmo, Lopes (2000), relatam que o Osteossarcoma é um câncer primário de desenvolvimento do tecido osteóide. O tumor se origina no tecido conjuntivo onde suas células ainda não foram diferenciadas. Nos adolescentes o tumor surge ao redor da epífise e dos ossos longos.

Segundo Marcondes e outros (2003), originam - se da textura mesenquimal que se distingue pela fabricação tecido osteóide ou osso jovem das células ruins do estroma em desenvolvimento. Manifesta-se por algia e crescimento do volume do

local afetado. Acontece em uma parte metafisária dos ossos longos. O aumento da neoplasia é detectado pela tomografia computadorizada e pela ressonância magnética.

Segundo Lopes, Chammass, Iyeyasu (2013), as manifestações clínicas das neoplasias ósseas são; dor local difícil de cessar e com exposição do tumor, causando restrição de movimentos. Já a neoplasia da região pélvica pode manifestar algia com irradiação para os membros inferiores devido ao comprimento dos nervos periféricos.

O diagnóstico é realizado através do histórico do paciente, exame físico e exames radiológicos e laboratoriais. Sendo que os sintomas podem durar de 3 a 6 meses. Dor óssea em outro local, que não detectado como tumoral, pode está relacionado à manifestação por metástase (CARMO; LOPES, 2000).

O tumor do sistema nervoso central corresponde de 15-20% dos tumores que acomete as crianças. A descoberta tardia da doença pode ocasionar uma demora no diagnóstico afetando a expectativa de vida das crianças (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

As neoplasias do sistema nervoso central se evidenciam pela aglomeração de irregularidade genética com aceleração diversa oncogenes e desativação de gene supressor de câncer. Suas alterações podem se germinativas ou somáticas. Apesar de não conhecer suas manifestações das alterações genéticas e sua diferenciação, e enorme na forma terapêutica (LOPES; IYAYASU; CASTRO, 2008).

Para Lopes, Chammass, Iyeyasu (2013), não a uma evidencia específica dos sinais e sintomas para a descoberta do tumor do sistema nervoso central. Os sinais e sintomas vai se manifestar de acordo com a idade da criança, localização, tipo de Câncer e de sua extensão.

Manifestam se de habitualmente por meio de pressão intracraniana elevada e/ou disfunção neurológica localizada ou focal. Os sinais e sintomas habituais são vômitos e cefaléia matutinos, marcha instável, nistagmo e paralisias de nervos cranianos (MARCONDES et al., 2003, p. 952).

Essa neoplasia pode se manifestar pausadamente, sem aparecer nenhum sinal por um período longo. A manifestação pode ser de uma forma geral, ampla ou apresentar uma localização específica (CARMO; LOPES, 2000).

Em recém-nascidos a pressão intracraniana provocada pelo tumor é suportada, pois a fontanela e as suturas se adequam com o aumento do câncer. A pressão intracraniana apresenta sintoma nos recém-nascidos como irritabilidade e perda de peso (LOPES; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

2.4 FORMAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTIL

2.4.1 Quimioterapia

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014), a quimioterapia utiliza compostos químicos, denominados de quimioterápicos. Estes quimioterápicos são utilizados em tratamentos de doenças acometidas por agentes biológicos. Quando é utilizada ao câncer, é chamada quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral.

Instituto Nacional de Câncer (2014), relata que o primeiro quimioterápico a ser utilizado foi retirado a partir do gás mostarda, sendo utilizada nas duas guerras mundiais como arma química. Os soldados foram expostos a essa arma química, sendo observado que os mesmos desencadearam uma hipoplásica medular e linfóide, assim esse quimioterápico foi utilizado em tratamento clínico dos linfomas malignos. Em 1946 estudos realizados com o gás e das observações feitas sobre o resultado e o efeito do ácido fólico em crianças com leucemias, observou - se o progresso da quimioterapia antineoplásica. Nos dias de hoje o quimioterápico são mais eficazes e menos tóxico para a prática química.

A quimioterapia compõe diferentes aspectos de grande alternativa para determinar solução e alívio. A quimioterapia engloba elementos citotóxicos, realizada inicialmente por via endovenosa e qualificada conforme sua designação: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia (JHONTON; SPENCE, 2003 apud SWADA et al., 2009).

Quimioterapia neoadjuvante é empregada como intuito de reduzir o tamanho do câncer primário e tornando assim possível uma cirurgia em cânceres já bem desenvolvidos, ou de permitir a retirada do tumor com garantia de conservar o órgão afetado. A Quimioterapia adjuvante é usada quando ocorre a excisão total do câncer sem deixar nenhum vestígio de proliferação (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Quimioterapia terapêutica é aplicada quando a quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia não são indicadas como uma primeira escolha no tratamento, assim quando há uma probabilidade de tratamento é chamada de curativa, não havendo possibilidade em sua cura, é denominada paliativa (LOPES; IYAYASU; CASTRO, 2008).

Segundo Carocini, Piovesan (2014), a quimioterapia pode ser administrada por via endovenosa e via oral, A via endovenosa a medicação passa pela corrente sanguínea na qual o quimioterápico irá destruir as células neoplásicas e as células saudáveis. A quimioterapia administrada por via oral é realizado através de medicamentos que poderá ser por cápsulas, comprimidos ou por suspensão. Há outras formas de administração da quimioterapia, que é através da via subcutânea ou intramuscular.

Lopes, Iyeyasu e castro (2008), relatam que, as manifestações do câncer são náuseas e vômito, queda de cabelo, mielotoxicidade, mucosites que afete o trato gastrointestinal, diarreia, toxicidades como pulmonar, cardíaca, renal e neural.

A quimioterapia pode levar a infertilidade tanto no homem como na mulher. Na mulher a atuação quimioterápica age reduzindo os hormônios que são produzidos nos ovários, essa diminuição ocasiona a menopausa precocemente e leva a infertilidade. Já nos homens os quimioterápicos agem reduzindo a produção do espermatozoide (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRESTOS, 2014).

A quimioterapia pode ocasionar a infertilidade devido à diminuição da espermatogênese e a não ovulação; a esterilidade pode ocorre devido à terapêutica utilizada e sendo irreversível (LOPES; IYAYASU; CASTRO, 2008).

Figura 2- Capela de fluxo laminar quimioterapia



Fonte: Laboratório Biosíntesis (c2014).

Segundo Oliveira e outros (2010), a quimioterapia é o tratamento mais convencional aplicado para crianças e adolescentes com neoplasias. Tratamento de primeira escolha devido à doença ter uma melhor resposta.

A quimioterapia é de grande relevância para o tratamento de diversos tipos de câncer na infância. Sendo que os princípios quimioterápicos são utilizados através de embasamentos científicos (CAMARGO; LOPES; NOVAES, 2000).

2.4.2 Radioterapia

A radioterapia é uma forma de terapia no qual o seu agente é a radiação ionizante na qual tem a competência em estimular a ionização no ambiente de sua aplicação, removendo elétrons da composição de seu elemento. Quando ocorre a ionização no centro de sua textura celular, acontecem modificações em sua macromolécula impescindindo o seu desempenho vital, e com isso direcionando a célula a sua destruição ou sua não validade biológica (LOPES; IYAYASU; CASTRO, 2008).

Segundo Lopes, Iyeyasu, Castro (2008), as radiações ionizantes são divididas em eletromagnéticas e corpusculares. A eletromagnética ganha o nome de fótons e representados pelos raios-X os que são gerados nos aparelhos de radiologia e de aceleradores lineares também pelo raio gama. Corpusculares se diferenciam por

oferecer massa e é desempenhado pelos elétrons, prótons e nêutrons. Radiações ionizantes atuam no DNA nuclear ocorrendo à destruição celular ou desaparecimento da sua reprodução. O DNA dobra o seu interior na mitose, célula com elevado nível de agilidade mitótica e radiosensível doa que as de menos porcentagem de mitose.

Segundo os mesmos autores, atuação da radiação no DNA nuclear ocorre de modo direta e indiretamente. No primeiro ocorre a quebra da molécula pela radiação com intervenção do procedimento em que ela se duplica. No segundo o dano no DNA e devido à ionização do da água citoplasmática.

A radioterapia atua diretamente no DNA em seu núcleo, quando este DNA é lesionado perde sua agilidade de se reproduzir. As células cancerígenas são levadas a sua destruição facilmente e não sendo trocadas por outras, sendo assim, não apenas o tumor cessa a evolução tornando-se pequeno e desaparecendo, as células normais também são destruídas (RESS, 2001).

A radioterapia tem como desígnio permitir a morte das células cancerígenas sem que outras texturas boas ao seu redor sejam acometidas (LOPES; IYEYANSU; CASTRO, 2008).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014), a radioterapia é utilizada como um tratamento local ou regional, podendo ser exclusiva ou agregada a outros métodos de tratamento, podendo ser associado à cirurgia tanto no pré ou pós-operatório. Pode ser sugerida antes da quimioterapia, durante ou após a quimioterapia.

Figura 3- Aparelho de radioterapia



Fonte: Hospital de Câncer de Barretos (c2014).

Coracini, Piovesan (2014), afirmam que a radioterapia consiste em eliminar a neoplasia, sendo que a radiação irá impedir o crescimento das células cancerígenas. Durante tratamento da radioterapia o paciente não tem visualização da radiação, pois a mesma não é visível a olho nu. A sessão de radioterapia pode reduzir o tamanho do tumor, ocasionando no paciente a diminuição das algias, redução das hemorragias, entre outros sintomas, também promovendo alívio, conforto para o paciente.

2.4.3 Transplante de medula óssea

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014), o transplante de medula óssea é realizado para certos tipos de doenças malignas que atinge as células sanguíneas, sendo que o transplante vai substituir uma célula danificada por células saudáveis onde serão produzidas novas células.

Qualquer pessoa de maior idade de 18 a 54 anos pode fazer doações sendo que o indivíduo deverá estar em boas condições de saúde e não apresentando nenhuma doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Massumoto (2014), relata que há três tipos de transplante de medula óssea. O primeiro é o alogênico que consiste na retirada da medula de um doador escolhido através de exames de histocompatibilidade onde vai avaliar a compatibilidade do doador com o receptor, esse tipo de transplante é feito por familiar ou por um banco

de medula óssea. O segundo e o autólogo, as células da medula óssea ou as células troncas da periferia são retiradas da própria pessoa onde será criopreservadas e reinfundidas depois seu condicionamento. O terceiro é o singênico consiste no transplante de medula entre gêmeos univitelinos.

O mesmo autor relata que o transplante é indicado dependendo do estágio em que a doença se encontra. O transplante é realizado através da remoção da medula óssea da crista ilíaca posterior onde vai ser realizado várias aspirações por agulhas ou por equipamentos de aférese.

A aférese consiste na coleta de sangue por um equipamento que separa especificamente as células progenitoras, esse processo dura em torno de duas a quatro horas, pode haver outras coletas de sangue para a quantidade necessária para o transplante de medula óssea. Já a punção é feita no centro cirúrgico com anestesia geral através de aspiração e essas punções são realizadas de ambos os lados (HOSPITAL SAMARITANO, 2010).

O mesmo autor relata que para se fazer o transplante o paciente deverá estar com um cateter venoso central, pois são através dele que o paciente vai receber hidratação e as transfusões de sangue, as células progenitoras ou medula óssea e as medicações. Antes do transplante os pacientes recebem medicamentos quimioterápicos para eliminar as células cancerosas assim o organismo vai se preparando para receber as células transplantadas.

2.4.4 Cirurgias

A cirurgia é um tratamento que a tempo vem sendo utilizado contra o câncer. Até algum tempo, era considerado como o único meio de tratamento eficaz contra a doença. Uma de suas vantagens sobre outras formas de tratamento é que ela pode determinar a cura em pessoas que tem a doença localizada, pois não estimula o aparecimento da carcinogênese e estabelece uma avaliação da proporção da doença. Porém uma de suas desvantagens é que a cirurgia pode causar deformidades, riscos e morbidades, podendo ocorrer a não obtenção de cura, caso haja proliferação do tumor (LOPES; CHAMMAS; IYAYASU, 2013).

Segundo o Hospital de Câncer de Barretos (2014), a cirurgia é um procedimento que vem sendo utilizados há vários anos, e está associada ao tratamento da quimioterapia e radioterapia. O principal papel da cirurgia oncológica consiste em obter a cura, ou pode está relacionada ao ganho de qualidade de vida.

A cirurgia é de grande relevância para o tratamento cirúrgico das neoplasias. Consiste na retirada do tumor através de critérios, proceder retirado do câncer com cuidado para que não ocorra metástase. A cirurgia pode ter a finalidade curativa e paliativa. (ALBERT EINSTEIN, 2009).

A terapêutica cirúrgica consiste em curativa ou paliativa. A curativa é aplicada a estágios iniciais de grande parte dos tumores sólido sendo um tratamento radical, pois há a retirada do tumor primário com margem de segurança e quando a inicio para retirados linfonodos o órgão sede ao do tumor primário. Já a paliativa consiste na diminuição das células cancerígenas ou no controle de seu sintoma que podem por sua vez causar danos na vida dos pacientes e podendo atingir sua qualidade de vida (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

2.5 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER NA VIDA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

As crianças e os adolescentes com câncer enfrentam momentos de angústia durante a hospitalização, pois é neste momento que eles se separam do seu meio social e são submetidos a procedimentos, diagnósticos e terapias que, consistem em medidas agressivas, invasivas e de dor, gerando um impacto de temor em relação ao que vai acontecer (MENOSSI; LIMA, 2000).

Segundo os mesmos autores as dores que os procedimentos causam como a quimioterapia e a radioterapia pode levar a efeitos colaterais, que são responsáveis pelas suas internações e pelos seus sofrimentos, entretanto esse sofrimento não quer dizer apenas a dor física, mas sim, a dor afetiva e emocional, como no caso o impacto da dor que sentem quando ocorre a queda de cabelo.

Na hospitalização esses jovens ficam um bom período afastado de seu meio familiar, dos seus objetos pessoais e de seus amigos, ficam em um ambiente diferente de seu meio, onde vão vivenciar momentos de desconforto e de dor física,

que pode está relacionado à doença ou a procedimentos que vão ser submetidos (MENOSSI; LIMA, 2000).

Quando uma criança fica doente a maioria fica chorosa e mais dependente de seus pais. Dependendo da sua patologia, se for grave, pode estabelecer uma hospitalização, e com isso gera um impacto emocional, tendendo a piorar, pois os mesmos ficam longe de seu lar dos entes queridos (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2004).

O processo de hospitalização causa um impacto emocional, social muito grande, o tempo em que essas crianças e adolescentes ficam internados é muito longo. Sendo assim, o meio hospitalar tem uma grande relevância para eles, pois pode trazer uma influencia positiva ou não. As brincadeiras, o lazer, a alegria e o respeito de cada criança e adolescente constitui uma condição, podendo ser uma mudança favorável ou desfavorável para elas (VIEIRA; LIMA, 2002).

A terapêutica do câncer faz com que a criança e o adolescente sejam impedidos de ter um convívio social ficam longe de amigos e família, pois eles estarão situados no âmbito hospitalar, onde estará sujeito a medicamentos que ocasionara sua reações adversas e aos seus procedimentos invasivos relacionado a doença (MARQUES, 2004).

Uma das maneiras para as crianças enfrentarem o impacto que a doença poderá causar e que é extremamente estressante, é através das brincadeiras, sendo que a brincadeira é um meio em que elas e as pessoas que estão ao seu redor usam para lidar com a sua permanência no hospital (MOTA; EMUNO, 2004).

De acordo com Melo e outros (1999), citado por Vieira e Lima (2002), a brincadeira é uma forma onde a criança pode expressar suas ideias, pensamentos, deixando de lado seu sentimento de dor e sofrimento, diminuindo o impacto causado pelo tratamento. Assim Vieira, Lima (2002), relatam que mesmo a criança enfrentando a doença e a hospitalização ela tem uma necessidade de se expressar e é através das brincadeiras que ela irá expor seus medos, angústias, afetos e suas alegrias. O brincar da à criança e o adolescente uma posição ativa, é através da brincadeira que eles irão transmitir suas ações e potencialidade.

Segundo Mitre e Gomes (2004), a hospitalização para o infante pode ser drástica, pois causa um afastamento do seu dia a dia, do seu meio familiar, ocorrendo

restrições físicas, há uma alta punição de tudo que está ocorrendo, levando a temor da morte, causando uma batalha de confronto com a dor.

Os mesmos autores ainda relatam que a brincadeira na hospitalização ajuda a criança e o adolescente a ter um valor maior em sua experiência de vida, diminuindo o impacto causado pela internação.

Menosi e Lima (2000), afirmam que a hospitalização causa como impacto a angústia para os adolescentes, pois eles relacionam as lembranças que sentem de seu lar e de seus entes queridos.

Nascimento e outros (2005), relatam que várias internações e os procedimentos agressivos como a quimioterapia, a criança acaba sofrendo tanto na forma espiritual, como mental.

A criança na fase escolar sente o desejo de serem iguais às demais crianças. E nessa fase em que elas observam as diferenças físicas e algumas anormalidades quando comparadas com outras crianças. Aquelas que aparentam não ter nenhuma anormalidade ficam apontando diferenças que encontram em outras crianças, isso causa sofrimento. No adolescente, a alterações físicas e emocionais é a sua liberdade que é conquistada, extremamente relevante na sua identidade (ANDERS; LIMA, 2004).

Lucon (2012), relata que o adolescente possui uma dificuldade em adequar ao seu tratamento terapêutico, é exatamente nessa fase da adolescência em que eles necessitam encontrar sua identidade, possuindo uma preocupação sexual e, além disso, precisam estar ao redor de pessoas e ao mesmo tempo vivenciar a doença como câncer. Porém ele está atrás da sua independência. Com acometimento da doença eles perdem suas emoções e o seu controle, se confrontando e sendo necessário a se adequar ao tratamento.

Com a descoberta da doença onde possui um tratamento prolongado e às vezes indeterminado, com um diagnóstico de câncer que é uma doença grave, leva ao adolescente a um choque, no qual vai ocasionar mudanças nessa sua fase da vida, que serão de profundas transformações (LUCON, 2012).

A dor antigamente era explicada através de três formas: religiosidade, dos mitos e através do misticismo. A dor e o sofrimento sempre estavam relacionados à ira

divina, aos castigos dos deuses e o martírio. Porém esse conceito permanece de certa forma até hoje, pois ainda há pessoas que ficam se questionando, o que fizeram para merecer a doença (MICELI, 2002).

A Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP), define a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano” (SÃO PAULO, 2008, p. 370).

Segundo Silva e Zago (2001), a dor varia de pessoa para pessoa que apresentam a mesma doença, com a mesma extensão, de mesma localização, manifestando a dor de maneiras diferentes. Sendo que essa diferença em relação à dor depende da cultura, raça, sexo, história e cultura de cada pessoa.

Um grande impacto no diagnóstico do câncer na criança e no adolescente está relacionado à dor. A dor está presente em diversas doenças, sendo mais intensificada nas neoplasias. Neste processo de adoecimento a dor também está relacionada à parte física e emocional, sendo que a manifestação da dor relacionado ao tumor tem uma prevalência de 90% de sua intensidade (São Paulo, 2008).

A dor pode estar relacionada a uma alteração emocional ou sentimental como medo, morte, amargura, culpa e angústia. Entretanto, o estímulo a dor é muito pessoal, e vai depender muito do estado em que o indivíduo vai se encontrar (SILVA; ZAGO, 2001).

Segundo Miceli (2002), a expressão da dor também vai depender da estrutura familiar, condições psicossociais, da personalidade do indivíduo e da idade. A expressão da dor pode também depender daquele indivíduo que vai estar com o paciente e saber interpretar, mensurar o nível de dor.

Em crianças e adolescentes com câncer, a dor crônica causa em cada um deles alterações que causam danos social, comportamental, emocional e em seu âmbito orgânico (SILVA; ZAGO, 2001).

A dor não é um bem natural ainda que suportável, e sua inexistência de não ter a dor é um benefício do paciente (criança e do adolescente) no qual deve haver medidas para controlar, aliviar (MICELI, 2001).

Miceli (2001), ainda relata que pacientes com câncer podem manifestar dor aguda, sendo causado pelo seu quadro clínico ou pelo seu tratamento, e sendo de grande

relevância as medicações analgésicas, tanto para dor aguda, como para dor crônica e assim controlando e diminuindo os efeitos do tratamento. Na dor crônica, todas as formas de terapêuticas que não seja por fármacos são essenciais para os pacientes, assim promovendo tranquilidade e alívio.

A dor do adolescente e crianças pode estar associada à enfermidade, a terapêutica do tumor e ao procedimento do quadro clínico. Seja qual for à causa do problema, as crianças e os adolescentes necessitam ser curados de sua algias. Assim a dor é um sinal imprescindível, sendo ele o quinto sinal vital a ser observado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MCDONALD, 2009).

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), diz que o mecanismo neurofisiológico da dor pode ser especificamente de três formas, nociceptiva, não nociceptiva e psicogênica. A nociceptiva está relacionada quando as vias nociceptivas se apresentam íntegras, são ativadas quando ocorre um sinal de dor no tecido cutâneo e visceral. Não nociceptiva ou neuropática se manifestam quando ocorrem mudanças na estrutura ou função, resultante de uma dor central ou ocasionada por dor periférica. Já as dores psicogênicas provêm de distúrbios psíquicos. Sendo que a dor oncológica é considerada constantemente como mista.

Para determinar a intensidade da dor que o paciente apresenta é aconselhável utilizar uma escala. Essa escala é utilizada para estipular o grau de intensidade que a dor se apresenta. Esta escala é realizada no momento em que o paciente está levemente incomodado e nos momentos em que a dor está intensa (SÃO PAULO, 2008).

Segundo Bottega e Fontana (2010) ,existem várias maneiras de se analisar a dor, e cada análise fornecem dados qualitativos e quantitativos que corresponde à dor. A dor pode ser uma avaliação subjetiva, ela não deve ser mensurada como ocorre na mensuração da temperatura, pulso arterial, pressão, peso e altura. Não há um aparelho para que o enfermeiro possa mensura a dor, pois a dor é uma sensibilidade pessoal e individual. Mas existem escalas que auxiliam nessa avaliação.

A escala de face é utilizada para crianças de 2 a 6 anos e em adultos que não se expressam. Na escala de faces o profissional vai distinguir qual a face que reflete melhor a expressão de dor no paciente. Há uma escala de 0 a 10 onde o paciente vai apontar o número que corresponde a sua dor (SÃO PAULO, 2008).

Figura 04 - Escala de Avaliação da Dor



Fonte: Inojosa (c2013).

Segundo Rangel; Telles (2012), a OMS criou uma escada analgésica para o tratamento da dor em pacientes oncológicos, sendo que 80% dos pacientes têm a sua dor minimizada. A escada analgésica corresponde a três degraus, sendo o degrau um correspondente aos analgésicos e anti-inflamatórios e está relacionada à dor leve. O degrau dois está relacionado à dor moderada, com uso de opióides fracos como tramal e codeína e finalmente o degrau três corresponde dor severa, sendo utilizados opióides fortes como morfina, metadona, oxicodona e fentanil.

Costa e Lima (2002), afirmam que devido ao tratamento invasivos a criança e o adolescente sofrem um impacto com as modificações tanto física, bem como, emocional, isto devido ao tratamento que está sendo submetido. O impacto será na alteração da autoimagem, vômito, náuseas, fadiga, depressão, anorexia e a perda de peso.

A desnutrição possui um impacto grande porque acomete muitos pacientes que estão em tratamento oncológicos, em especial os que estão em estágios avançados, trazendo desconforto, podendo assim comprometer a sua qualidade de vida (ALMEIDA, 1991 apud COSTA; LIMA, 2002).

A desnutrição na criança e no adolescente está relacionada aos efeitos que a radioterapia e quimioterapia podem ocasionar, incluindo as náuseas e os vômitos.

Entre outros fatores, estão às alterações no metabolismo e a inadequação na absorção intestinal (NOGUEIRA apud CARAM et al., 2012).

Segundo Martucci (2014), a desnutrição está associada à presença de tumor maligno. Quando a desnutrição está relacionada à anorexia, neste caso ocorre como sintomatologia um aumento do gasto de energético provocando perda de peso, outro efeito manifestado é hipoalbumemia e também produção de citocinas que são proteínas de baixo peso.

Nas crianças normalmente o aumento de peso é de forma gradual, esse crescimento ocorre com o passar dos meses. No cartão de vacina da criança o controle de peso é observado através da linha ascendente. As situações de alertas são quando a linha é horizontal e descendente. Na primeira situação a criança está ganhando peso e na segunda, está perdendo peso. O câncer acelera muito catabolismo e com isso ocasiona alterações no peso, levando como impacto a um estágio de desnutrição. As neoplasias abdominais devido a sua localização criam uma barreira dificultando a alimentação, como também acontece com doenças em estágios avançados, que ocasiona a dor e mal estar generalizado, contribuindo também com a perda de peso do indivíduo, levando a desnutrição (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MACDONALD, 2009).

Vários são os fatores que podem ocasionar a desnutrição nos pacientes oncológicos, levando a um impacto negativo em relação a patologia, são: medo, depressão, ansiedade, terapia antineoplásica, efeitos colaterais dependendo do tipo de medicação, modificação no metabolismo dos alimentos, necessidade nutricionais acrescidas e má absorção intestinal (NOGUERA et al., 2005 apud CARAM et al., 2012).

A desnutrição e a caquexia acometem com frequência paciente oncológicos, e são indicadores de um mau prognóstico independente do câncer que a criança e adolescente possui. A redução nutricional está relacionada ao tratamento, aos efeitos colaterais medicamentosos e ou radiação, contribuindo como um impacto negativo para baixa qualidade de vida do paciente (MARTUCCI, 2014).

A caquexia está presente em paciente com neoplasias, causando um impacto psicológico grande ao paciente. A palavra caquexia provem do grego “KaKos”, má e “Hexis”, condição, o que significa que caquexia é uma má condição. É considerada

uma síndrome porque ocorrem alterações metabólicas, como perda de peso perda de massa muscular e de massa gorda (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVO, 2011).

Segundo Organización Panamericana de La Salud (2004), citada por Duval e outros, (2010), a caquexia engloba uma determinada característica que tem entre si a morbidade e mortalidade, piora na qualidade de vida, perda de peso, lipólise e atrofia muscular, levando muitas das vezes medo ao paciente oncológico.

A caquexia está muitas das vezes presente no paciente oncológico, causando angústia, medo, está relacionada a uma síndrome multifatorial que possui características de perda massa muscular e acomete uma progressiva disfunção orgânica. A sua fisiopatologia está relacionada a uma baixa ingestão alimentar (anorexia), alterações metabólicas e balanço proteico negativo (MARTUCCI, 2014).

Uma das diferenças entre desnutrição e caquexia nas neoplasias é que na desnutrição ocorre a mobilização de gordura evitando o consumo músculo esquelético. Na caquexia a perda de gordura e tecido muscular (BODY, 1999 apud SILVA, 2006).

Martucci (2014), a caquexia é um dos fatores que gera impacto ao paciente. O autor afirma que a caquexia possui três estágios. A pré-caquexia onde aparecem os sinais como perda de peso involuntária menor que 5%. A caquexia que está relacionada à perda de massa e força na musculatura e por último a caquexia – refrataria, onde o indivíduo não apresenta uma boa expectativa de vida e possui um estágio progressivo da doença.

A anorexia é outro fator que gera impacto ao paciente, está relacionada à perda de apetite, sendo muito comum em pacientes oncológicos. A anorexia está associada às modificações metabólica ocasionada pelo tumor, alterações no paladar, alterações bucais, náuseas, vômitos, problemas gastrointestinal e ao uso de certas medicações (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A síndrome da Caquexia e Anorexia é classificada como primária e secundária. A primária está relacionada a uma resposta inflamatória e ao tumor em si. A secundária é devido à depressão, disfagia, má absorção, estomatite, infecções e entre outros fatores (SÃO PAULO, 2008).

Os tratamentos para a anorexia e caquexia englobam vários fatores clínicos. Para melhorar o impacto negativo causado pela patologia o autor cita: Educação em saúde, mudanças de hábitos alimentares estimulando a aceitação do paciente, orientação do paciente e de sua família sobre o processo de doença e o que ela pode ocasionar (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

São Paulo (2008), afirma que a anorexia e a caquexia acometem 80% dos pacientes oncológicos. Sendo que a caquexia está relacionada à perda de peso, a fadiga entre outros sintomas. A anorexia está relacionada à perda do apetite e ao processo inflamatório relacionado à doença.

A fadiga é um sintoma impactante que causa transtorno aos pacientes, está presente em crianças e adolescentes com Câncer. O motivo é proveniente de vários fatores que podem esta ou não relacionado à doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MACDONALD, 2009).

Carpenito-Moyet (2011), a fadiga é definida como um “estado autorreconhecimento no qual o indivíduo apresenta sensação sustentada e avassaladora de exaustão e redução da capacidade de esforço físico e mental que não encontra alívio no repouso”.

A fadiga pode ser ocasionada devido à destruição das células neoplásicas decorrente do tratamento (radioterapia e quimioterapia), isso ocorre porque o organismo gasta muita energia para recompor as células que foram destruídas (ARAUJO; ROSA, 2008).

Uma das principais causas da fadiga está relacionada ao distúrbio do sono, dor, desnutrição, ansiedade, depressão, estresse emocional, falta de condicionamento físico e de medicamentos em especial os opióides (UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A fadiga causa um impacto na criança e no adolescente ocasionando um esforço físico e emocional, afetando na redução da atividade física e no seu raciocínio, sendo que suas características são: exaustão, cansaço, falta de energia. (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Segundo Mota, Pimenta (2005), a fadiga está relacionada à redução da capacidade funcional, astenia, cansaço, desgaste, desconforto, sonolência, sofrimento, redução da motivação, capacidade lenta e redução das atividades diárias.

Uma das condutas a serem aplicadas em paciente oncológicos que manifestam a fadiga é incentivar ao exercício físico, pois através dele o paciente tem uma melhora na capacidade funcional e de qualidade de vida, outra maneira é através das técnicas de relaxamento que vai proporcionar conforto ao paciente. Temos ainda o tratamento farmacológico que são utilizados medicamentos como metilfenidato e corticoide (UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Segundo Araujo e Rosas (2008), para diminuir o impacto da fadiga, o enfermeiro deve orientar ao paciente sobre os sintomas, relatando que pode ocorrer um desconforto, e que esse desconforto é passageiro, deve instruir o paciente a importância da prática de atividades e ter repouso entre ela.

Uma das reações adversas impactantes e mais estressantes que incomoda frequentemente as crianças e adolescentes com câncer são as náuseas e o vômito (BONASSA, 1992 apud MENOSSI; LIMA, 2000).

O impacto da náusea equivale à primeira resposta do vômito, isso porque o estômago relaxa e ocasiona à inibição do ácido gástrico, esse período é o de pré-ejeção. Na náusea há um aumento da pressão abdominal e redução da pressão intratorácica. No período de ejeção o intestino delgado se contrai para o estômago ocorrendo o reflexo do vômito, isso porque ocorre a contração do diafragma e da musculatura abdominal ocorrendo o aumentando da pressão torácica e abdominal, ocasionando assim o vômito pela boca e pelo nariz. Após ocorrer o vômito se tem o alívio da náusea (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011).

Segundo Araujo e Rosas (2008), a náuseas e o vômitos ocorrem devido a uma modificação na região epigástrica. Para se obter o alívio e conforto dessa estrutura é recomendável que os pacientes oncológicos prefiram uma alimentação líquida e pastosa em temperatura ambiente.

As náuseas e o vômito são decorrentes da própria doença e da sua terapêutica (radioterapia e a quimioterapia), e devido ao uso de medicamentos como os opioides. Quando esses sintomas não são tratados, podem levar alterações no

estado nutricional ocasionando um distúrbio hidroeletrólítico no paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MACDONALD, 2009).

Segundo Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), as náuseas e o vômito acometem com mais frequência pacientes oncológicos, especialmente os que apresentam neoplasias ginecológicas, intestinais e gástricas. Esses sintomas se não tratados, podem levar a síndrome da anorexia e caquexia.

O fármaco utilizado para o alívio da náusea e vômito e a metoclopramida, esse antiemético é eficaz para se ter uma boa resposta ao sintoma apresentado (SÃO PAULO, 2008).

O tratamento oncológico trás como impacto desconfortante a constipação intestinal que é caracterizada pela distensão abdominal e fezes bastante endurecidas obtidas pelo esforço de evacuação maior e que se tem a sensação de uma evacuação incompleta (SÃO PAULO, 2008).

Segundo Smeltzer e outros (2009), a constipação é ocasionada por uma defecação irregular ou anormal, no qual ocorrerá o endurecimento das fezes tornando a sua eliminação dificultada e dolorosa.

Algumas medicações podem reduzir a motilidade gastrointestinal, sendo recomendável para a criança e o adolescente em tratamento a ingestão de alimentos ricos em fibra e de ingestão hídrica (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER; INSTITUTO RONALD MACDONALD, 2009).

Smeltzer e outros (2009), relatam que o tratamento da constipação se baseia em uma reeducação dos hábitos intestinais, em uma educação alimentar, consumir mais fibras e ingerir mais líquido.

A constipação é um impacto que se manifesta devido à falta de resíduo no cólon, mas sua causa está associada a vários fatores, como por exemplo, a diminuição da contratatura muscular que auxilia na defecação e obstrução intestinal e a redução da sensibilidade do órgão (DANTAS, 2004).

O diagnóstico da constipação vai depender muito do relato do paciente. É considerada constipação intestinal evacuações inferior a três vezes por semana, apresentando sintomas como baixa frequência em evacuar, evacuação incompleta e fezes endurecidas (LOCKE; PMBERTON; PHILLIPS, 2000 apud DANTAS, 2004).

A diarreia está relacionada à mudança no hábito intestinal no qual ocorre a elevação do peso das fezes, o aumento da frequência da evacuação e o aumento da quantidade de líquido (DANTAS, 2004).

Segundo a Unidade de cuidados paliativos (2009), a diarreia é a modificação das fezes de pastosa a líquida, no qual há um aumento no número de evacuações. Sendo que as principais causas no paciente oncológico estão relacionadas aos laxantes, quimioterapia, radioterapia, antibióticos e ao uso de medicações.

Segundo Araujo e Rosas (2007), relatam que a diarreia pode ser ocasionada por uma inflamação intestinal devido às radiações das sessões de radioterapia. E para minimizar a diarreia é indicado ao paciente o chá de erva doce, que irá amenizar os flatos e as cólicas intestinais.

O tratamento da diarreia consiste em localizar a sua causa para poder ser eliminada. Quando a diarreia é persistente usam-se agentes absorventes que irão reter água, formando uma massa gelatinosa dando a consistência das fezes (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

O enfermeiro e sua equipe devem estar atentos às complicações intestinais do paciente. Ele deverá avaliar o aspecto e o número de vezes que o paciente apresenta diarreia em um período de 24 horas. Comunicar ao médico caso esteja persistindo o quadro. Cabe ao enfermeiro avaliar o paciente para que não ocorra desidratação (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER; INSTITUTO RONALD MACDONALD, 2009).

A modificação na autoimagem devida alopecia causa grande impacto emocional, danos na vida do adolescente trazendo angústia. O paciente muitas das vezes acaba sendo discriminado. A discriminação acaba sendo um fator marcante porque incomoda no seu dia a dia (MENOSSI; LIMA, 2000).

De acordo com Siqueira, Barbosa e Boemer (2007), a alopecia é uma das manifestações mais relatadas nos pacientes oncológicos, pois causa grande impacto na autoimagem da pessoa. Muitos pacientes se comparam com sua autoimagem antes da doença e com isso se sentem feias, fora do padrão de beleza aceito pela sociedade, o que causa modificações sociais e psíquicas importantes em suas vidas.

Segundo oliveira e outros (2010), a queda de cabelo causa um impacto na criança e no adolescente, pois modifica sua autoimagem causando angustia e dor, sendo que a alopecia esta relacionado aos efeitos da quimioterapia. Sendo que a quimioterapia causa efeito tóxico nas células do cabelo ocasionando sua queda.

A queda de cabelo causa um choque enorme no sexo feminino, pois a cabelo representa um padrão de beleza e vaidade para a sociedade. O tratamento oncológico causa um impacto emocional e físico na vida do paciente (VIEIRA et al., 2012).

Segundo Menossi, Lima (2000), a alopecia é um fator mais relatado pelos adolescentes, sendo que a queda de cabelo está relacionada aos efeitos adversos causados pela quimioterapia. Com isso o adolescente acaba se sentindo diferente, o que causa um sentimento de dor, que poderá ocasionar um isolamento das pessoas.

As crianças e os adolescentes no inicio do tratamento não aceitam a queda de cabelo, visto que ocorre uma alteração visual muito grande na imagem, diminuindo a autoestima, onde será detectada por outras pessoas e com isto ficam incomodados com sua aparência (CIGONA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Costa, Lima (2002), afirmam que as crianças não manifestam alterações na autoimagem porque apresentam uma idade que ainda não sabem diferenciar o que está acontecendo ao seu redor. O adolescente já tem outra percepção, pois eles vêem nas atitudes das pessoas a curiosidade e o preconceito em relação à doença no qual incomoda bastante. Esse preconceito despertar a curiosidade das pessoas demonstrando que esses adolescentes estão fora do padrão de normalidades que a sociedade aceita (MENOSSI; LIMA, 2000).

De acordo com Moreira, citado por Versolato (2011), a alopecia corresponde ao segundo impacto que a doença expressa no paciente, este efeito desagradável ocorre devido à terapia, onde é provocada pela quimioterapia. O primeiro impacto que a criança sente é com o diagnóstico da doença.

A queda de cabelo ocorre devido aos fármacos utilizados para destruir células do Câncer. O objetivo do medicamento é atacar as células doentes que se proliferam rapidamente, porém as células do cabelo também se desenvolvem com rapidez, sendo assim, os medicamentos também irão destruir essas células, onde ocasionará a alopecia (VERSOLATO, 2011).

Um dos relatos mais expressados no tratamento oncológico e a queda de cabelo que corresponde 80% dos efeitos colaterais mais citados pelos pacientes. Outros sintomas também são relatados como, dor, náuseas e vômitos, sendo que a alopecia causa um fator marcante, pois altera a imagem corporal do paciente (RIBEIRO; CASTRO, 2007).

O câncer provoca varias alterações na vida das crianças, no qual essas mudanças podem está associada a modificações no aspecto psicológico, porém estudos relatam que efeitos psicológicos não tenham uma etiologia clara. Sendo que o acometimento psicológico pode está associada à perda de energia e a desmotivação. O déficit neuropsicológico pode trazer varias consequências como, toxicidade no tratamento quimioterápico, diminuição no desenvolvimento escolar, social e isolamento imposto pela doença (LOPES; CAMARGO; BIANCHI, 2000).

O tratamento das neoplasias traz em si alterações físicas para a criança, e os sintomas apresentados provocam alterações em sua autoimagem, e receio no que as outras pessoas irão pensar delas. Essas alterações físicas devido ao tratamento causam como impacto nas crianças reações como raiva, culpa, ansiedade e depressão (PEDREIRA; PALANCA apud CARDOSO, 2007).

Segundo Figueiredo (2008), a ansiedade constitui uma reação rápida, inconscientes e muitas vezes violentas, podendo ser visualizada ou não. Os principais sintomas da ansiedade são: suor frio agitação, diarréia, sensação de aperto no estomago, taquipnéia, taquicardia, agitação psicomotora entres outras manifestação.

A ansiedade é caracterizada pelo estado humor desagradável presenciado por sentimentos apreensão e medo (GUIMARAES, 2009).

Segundo Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008), a ansiedade pode se manifestar de duas maneiras, normal e patológica. A ansiedade normal se caracteriza por uma situação imediata que quando tratada o estágio da ansiedade se reduz e a pessoa volta ao seu estado normal. A ansiedade patológica se manifesta de uma forma persistente e duradoura, ocasionando impacto importante, com danos no dia a dia da pessoa.

Figueiredo (2008), devido ao impacto da depressão e ansiedade o tratamento farmacológico pode ser realizado por duas medidas, não medicamentosa e o medicamentoso. O tratamento não medicamentoso pode ser realizado através da

massoterapia, cromoterapia, acupuntura e atividades físicas. A medicamentosa por drogas.

Segundo o mesmo autor, o tratamento medicamentoso se inicia quando as terapias não medicamentosas não são eficazes. São iniciadas drogas como benzodiazepínicos (bromazepam, lorazepam e diazepam) e os neuroléticos (haloperidol).

A depressão e a ansiedade estão predispostas no paciente oncológico devido as fortes dores e aos procedimentos invasivos que estão presentes e que são relacionados à doença (SANTOS et al., 2014).

Segundo Guimarães (2009), pacientes com doenças crônicas tem um autoíndice em desenvolver um quadro depressivo. A depressão está relacionada a um estado mental que se caracteriza por um desinteresse pela vida, tristeza e outros fatores associado em seu dia a dia. Este impacto que é a depressão atrapalha o tratamento porque a criança perde o interesse de lutar pela vida (FIGUEIREDO, 2008).

As modificações psicológicas e físicas causadas pelo câncer provocam grande impacto na vida dos pacientes (JADOON et al. apud SOUZA et al., 2013).

Segundo Souza e outros (2013), essas alterações estão associadas aos efeitos adversos do tratamento que ocasiona vômito, alopecia e modificações no corpo, e essas modificações leva a um quadro depressivo.

Marques (2004), afirma que a quimioterapia causa na criança sentimentos de dor, angustia. Elas ficam impossibilitadas de brincar e sair de casa, ao mesmo tempo em que a quimioterapia está relacionada a sentimentos negativos, criança acredita em uma esperança de cura em seu tratamento.

A depressão é um sintoma presente nas crianças e adolescente devido a suas restrições e alterações do humor que podem estar relacionados a não poder brincar com outras crianças, não andar de bicicleta, não poderem ir às festas e frequentar ambientes públicos (COSTA; LIMA, 2002).

O tratamento para depressão na criança em tratamento oncológico está interligado a equipe multidisciplinar (Enfermeiros, médicos, psicólogos e fisioterapeutas). A equipe acompanha o paciente dando informações, orientações, suporte, aliviando

sua dor física, mental e contribuindo para um social mais agradável (GUIMARÃES, 2009).

A depressão e a ansiedade estão associadas a transtorno mental nos pacientes oncológicos. Estas doenças são vistas como uma resposta adaptativa impactante ocasionada pelo câncer e devendo ser vista naturalmente. Por ventura se ocorrer uma persistência tanto da depressão, como da ansiedade, essas doenças deverão ser tratadas como transtorno psíquico, no qual deverão ser usados medicamentos específicos e psicoterapias (LOPEZ; RUIZ, 2011).

2.6 O IMPACTO DA FAMÍLIA FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE COM CÂNCER INFANTIL

Para as mães, a neoplasia é uma doença que causa um impacto levando ao medo e trás consigo uma sentença de morte criada pela sociedade. Sendo que a infância é sinônimo de crescimento, felicidade e futuro, e a morte é vista como um acontecimento de crueldade ,desilusão para os pais (SANTOS; GONÇALVES, 2008).

Uma enfermidade como o câncer causa na família uma barreira em aceitar a doença, no qual ocorrem momentos desgastantes, no entanto, os pais ficam se questionando como o filho adquiriu tal doença (QUIRINO; COLLET, 2012).

Segundo Oliveira e outros (2010), afirma que para as mães o tratamento oncológico ocasiona a elas aflições, medo e sofrimento, devido o seu filho estar doente por uma enfermidade agressiva e que pode ser de difícil cura.

O câncer é uma doença de imenso impacto, com alta predominância e choque social, e frequentemente tem sido associado à dor, sofrimento e morte. O indeterminado curso da doença atinge o doente e toda a família, que tem a vida definitivamente transformada pelas terapias e pelas causas impostas pelo câncer, capaz de levar o um processo de separação familiar e social (CAVICCHIOLI; NASCIMENTO; LIMA, 2004).

Lima e outros (2012), relatam que quando um membro da família adoece o familiar tem a necessidade de ficar mais próximo ao ser querido, para poder enfrentar um

momento de superação, pois os mesmos irão passar por vários obstáculos tanto emocional como financeiros.

Segundo Quirino e Collet (2012), a enfermidade desestrutura o seio familiar bruscamente. Sendo o câncer uma doença crônica os membros da família devem estar preparados a ter autocontrole para lidar com a doença. No entanto o dia a dia da família vai ser modificado, sendo que atenção vai estar direcionada para criança enferma.

Quando a criança e o adolescente adoecem, sua família passa por uma reestruturação familiar, cada membro vai desenvolver um papel para ajudar o infanto-juvenil a superar os seus aspectos físicos e psicossociais (MENEZES et al. apud KADA et al.,2014).

Rossato e outros (2013), afirmam que com o surgimento de uma enfermidade crônica como o câncer acarreta tanto ao paciente, como em sua família, momentos difíceis inesperados, e quando é confirmado o seu diagnóstico, ocasionam reações de medo em relação ao futuro da criança e do adolescente.

Segundo Nascimento e outros (2009), relatam que quando os pais recebem o diagnóstico de câncer sobre seu filho, causa um impacto imenso, que estará relacionada à dor, aflição, causando aos pais um sentimento de perda de seu filho.

Quando as mães descobrem o diagnóstico de seu filho, ocasiona vários sentimentos; como choque, medo, surpresas e desespero (SANTOS; GONÇALVES, 2008).

Com a enfermidade da criança e do adolescente, os pais ficam mais apegados a elas, onde os pais se tornam superprotetores a fim de amenizar a angústia de seu filho (NASCIMENTO et al., 2009).

A descoberta da neoplasia no filho vai ocasionar um impacto enorme na família, onde vai gerar manifestações assustadoras no qual não há explicação (SANTOS; GONÇALVES, 2008).

O infanto-juvenil quando adoecer ocasiona no seio familiar modificações no comportamento dos membros da família, no qual pode levar ao seu rompimento afetivo (ANGELO; MOREIRA; RODRIGUES apud KADA et al., 2014).

Diante da descoberta da doença a família fica desestruturada e com isso ocorrem mudanças em suas vidas, conseqüentemente que a família faz parte dessa descoberta e do tratamento de seus filhos. A família também precisa de um acompanhamento, pois a descoberta da doença, o tratamento, desestrutura o ambiente familiar (COSTA; LIMA, 2002).

O impacto emocional da descoberta do diagnóstico é tão intenso para a família que ela não se habitua a situação e acaba prejudicando o tratamento clínico da criança devido o desequilíbrio. Esse impacto na emoção envolve as pessoas que estão próximas, ao redor, atingindo inclusive os vizinhos, amigos e parentes distantes da criança (ROSAS et al.,2007).

Segundo Motta e Enumo (2004), uma enfermidade crônica como a neoplasia coloca o paciente e seu familiar em condições estressantes.

Cardoso (2007) relata que o câncer causa sofrimento, dor e angústia principalmente quando está relacionado em crianças, pois além de causar sofrimento a ela mesma, causa também na família.

A família fica receosa, pois quando se fala de câncer logo vem em mente à morte. A família nunca imagina que a criança vai ficar doente e principalmente com câncer (CARDOSO, 2007).

Os mesmos autores relatam que quando a família tem conhecimento sobre o diagnóstico, e possui uma boa recepção hospitalar, com uma equipe de enfermagem capacitada, esses fatores facilitam e determinam a adaptação da família e do paciente no ambiente hospitalar.

Segundo Young e outro citado Quirino e Collet (2012), as mães deixam seus empregos para ficar com o filho doente. No entanto as dificuldades aparecem devido à saída do de serviço, porém as mães não ficam abaladas, porque de uma maneira ou de outra, estarão presentes no tratamento de seu filho (QUIRINO; COLLET, 2012).

Nascimento e outros (2005), afirma que tanto a família e a criança passam por dificuldades e uma delas e a hospitalização, a reinternação e os tratamentos dolorosos que causam efeitos colaterais, que não são desejáveis, mais que provêm

da terapêutica, alterações no seu dia a dia, desligamento do meio familiar, dificuldades financeiras, ansiedade e o temor à morte.

A hospitalização é vista como uma situação assustadora, principalmente quando é acometida em criança e adolescente. A família também vai sofrer com o impacto do adoecer (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

A hospitalização é um gerador de aflição e medo, tanto para as mães como para seus filhos, sendo que a hospitalização vai gerar aos filhos restrições a visitas de amigos e familiares, bem como, ir à escola e brincar (NASCIMENTO et al., 2009).

Lima citado por Oliveira, Dantas e Fonsêca (2005), relata que a hospitalização para a criança gera pontos que pode ser negativo ou positivo. O ponto positivo ou negativo dependendo do ocorrido no período da hospitalização pode abalar o seu desenvolvimento emocional, repercutindo em seu futuro.

Segundo Duarte, Zanini e Nedel (2012), a hospitalização por muitas vezes vai além da enfermidade prejudicando e afetando estrutura e a vida da família.

Os mesmos autores relatam que os pais se sentem culpados pela hospitalização e a doença de seu filho.

Segundo Carmo e outros (2010), quando os pais se deparam que seu filho está doente o mundo cai diante deles, se sentem impotentes, inseguros, com medo, angustiados diante do sofrimento da enfermidade do filho. Para poder minimizar esse sofrimento os pais procuram ajuda espiritual, se apegam a uma religião, a uma crença ou procuram ajuda medica para lidar com a doença da criança. Quando esses pais têm apoio familiar, de seus amigos, ou de outras pessoas que estão enfrentando o mesmo problema eles se sentem fortalecidos, mais confiáveis em lidar com a situação em que seu filho se encontra. Essas famílias que lidam com seus filhos com câncer eles prezam mais pela vida, tornando sua família mais unida e protegida.

Carvalho citado por Bossoni (2009), afirmam que o surgimento do câncer em um lar é evidenciado por uma fatalidade. No entanto quando uma pessoa mais velha é acometida pela doença e acontece de ir a óbito à família fica entristecida, mesmo porque o idoso já vivenciou a sua vida, o que é diferente da criança e do

adolescente que está em fase de desenvolvimento, no qual se houver a sua morte, vai deixar um vazio no seio familiar.

Segundo Malta, Chall e Modema (2009), quando os sinais e sintomas do tumor são descobertos as mães se sentem tranquilizadas em saber o que sua criança realmente tem, mais ao mesmo tempo, sentem-se angustiada, pois o médico oncologista, dentro dos protocolos que vai determinar o destino de saúde da criança. Muitas vezes, quando essas mães têm a notícia do diagnóstico, se sentem fragilizadas devidas orientação recebida quanto à agressividade do tratamento e seus riscos.

Com a enfermidade do filho, ocorre uma aproximação maior entre o pai e o filho doente, ocorrendo uma maior relação de afeto e amor com a criança doente (SILVA; MELO; PEDROSA, 2013).

O comportamento dos filhos é diferenciado pelos das mães, pois está relacionada à sua faixa etária. Cada criança tem seu caráter e suas vivencias. O impacto do stress que elas apresentam, está relacionada ao seu desgaste físico (MALTA; CHALL; MODEMA, 2009).

O tratamento do câncer causa um impacto nas famílias, pois o tratamento como quimioterapia e a radioterapia causa danos aparentes ao paciente como alopecia, vômitos e náuseas no qual irá abalar o emocional de ambos (SOUZA; ESPIRITO SANTO, 2008).

O câncer atribui um impacto tanto para à criança, bem como, sua família uma aflição e esperança que alteram suas histórias. As aparências sociais, emocionais, afetivas, culturais e espirituais desenvolvem uma alteração de acordo com a progressão da doença. (PARO; FERREIRA apud LIMA, 2005).

A doença tende a levar os membros da família a irem a buscar de uma religiosidade, mas há momentos que as pessoas ficam descrentes, e por um momento sua fé fica abalada (PRIMIO et al., 2010).

Segundo Angelo, Moreira e Rodrigues (2010), a vivência da dor se liga a religiosidade. E os componentes familiares tende a retirar essa dor através da fé. Pois os mesmos ficam aflitos em pensar no sofrimento em que a criança esta passando.

Segundo Dupas e outros (2012), afirmam que para lidar com a angústia e a aflição os pais buscam apego a Deus. A fé e a religiosidade fortificam os pais o enfrentamento para doença. Na percepção dos pais, a oração irá agir onde a medicina não pode alcançar.

A religiosidade é praticada pelas famílias com intuito de minimizar a dor e centralizar em sua fé. A fé é essencial para o anseio familiar, pois é através dela que a família tem uma trajetória para eliminar sua angústia (ANGELO, 2010).

A enfermidade faz com que a família enfrentar um novo mundo, que antes não fazia parte de sua vida, a família fica mais fragilizada e passa a ser atingida pelo medo e pelas incertezas diante desse novo mundo que elas irão enfrentar (MONTEIRO et al., 2008).

Segundo Monteiro e outros (2008), para os familiares a crença em Deus, faz com que eles sintam um conforto para poder lidar com a doença e assim serem fortalecido. A fé seria um afeto para os familiares, dando lhes ânimo para enfrentar as batalhas que irão passar e também lhe dando esperança, pois a fé irá fazer com que eles vencem todas as lutas que encontrarem.

A religiosidade é um fator determinante para enfrentar a doença. Além da fé a família se apega a equipe de enfermagem, pois ela estará presente integralmente no tratamento de seu filho (SILVA; MELO; PEDROSA, 2013).

O diagnóstico da doença traz união às famílias, e faz com que cada membro tenha uma nova visão de si mesmo e de seus vínculos afetivos. Os valores relacionados a bens materiais que eram mais importantes para a família dão lugar para valores como união e saúde. A partir da junção desses novos valores a família passa a ver a vida de outra maneira (PRIMIO et al., 2010).

2.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA NO CÂNCER INFANTIL

Florence Nightingale deu início no ano de 1820 a 1910 a assistência em enfermagem na pediatria, onde os cuidados prestados a criança era no âmbito da alimentação, recreação, higienização e na prevenção de doenças, sendo que a

enfermagem e de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento da criança (WONG apud OLER; VIEIRA, 2006).

A década a enfermagem vem evidenciando a sua seriedade no tratamento e cura de neoplasias acometidas na infância. O enfermeiro desenvolve vários papéis no seu dia a dia para favorecer melhor qualidade no atendimento a criança e de sua família. Devido suas habilidades o enfermeiro oncológico pediátrico age muitas vezes como um coordenador no tratamento do paciente, facilitando a comunicação junto à equipe e as famílias dos pacientes (FONTES; QUARTERONE, 2008).

O enfermeiro que atua em pediatria tem que ter domínio sobre o estatuto da criança e do adolescente, ser comunicativo, ter conhecimento sobre a desenvoltura e crescimento da criança e do adolescente, além de ser ágil e capacitado em desenvolver suas técnicas (ROCHA apud OLER; VIEIRA, 2006).

O enfermeiro oncológico proporciona e designa medidas preventivas desde orientação aos familiares até ao pacientes, sinaliza precocemente os efeitos adversos do tratamento, sendo que suas ações são individuais para cada paciente (FRIGATO; HOGA, 2003).

Sol, Vázquez citados por Silva e outros (2013), relatam que a enfermagem é um dom e uma ciência no qual o enfermeiro aplica as suas técnicas específicas e seus conhecimentos, sendo assim sua atuação na pediatria oncológica vai além de suas informações e de suas técnicas científicas. O enfermeiro deve mostrar sua afetividade quando for dar cuidados ao paciente e ao seu familiar, tendo uma visão na qualidade de vida, conforto, promoção à saúde e bem estar de cada um deles (SILVA et al., 2013).

O enfermeiro que presta assistência à criança com neoplasias requer técnicas e competências gerenciais para suprir as necessidades do paciente e de seus familiares. O Enfermeiro é um líder, e é de fundamental importância para a equipe de enfermagem (SILVA et al., 2013).

Segundo o mesmo autor, a enfermagem em cuidados oncológico tem por designo diminuir o estado de depressão, medo, da ansiedade tanto do paciente e bem como de seus familiares, estimulando o paciente a expressar seus sentimentos, incentivar a comunicação, reduzir infecções, hemorragias, evitar algias, desidratação, prevenir

vômitos e náuseas, estimular o apetite e ajudar a criança a se adaptar a seu novo estilo de vida.

Oliveira e outros (2010), afirmam que o tratamento oncológico é muito prolongado, e envolve profissionais capacitados para prestar assistência, mencionam ainda, que essas crianças em tratamento precisam durante tempo de internação, manter sua rotina diária.

É importante que o enfermeiro compreenda os sentimentos e emoções vivenciados pelos pacientes e seus familiares no momento de seu diagnóstico. Quando a enfermagem tem conhecimento das manifestações físicas e psicológicas, terá mais embasamento para lidar com a situação vivenciada pelo paciente e sua família (BOSSONI et al., 2009).

O mesmo autor afirma que quando o enfermeiro promove suporte psicológico o paciente e sua família superam melhor o diagnóstico apresentando melhor aceitação no seu tratamento.

A equipe de enfermagem que presta cuidados a criança e o adolescente oncológico necessita ter técnicas, informações e responsabilidades. Suas metas e habilidades devem estar em direção ao paciente e de seu familiar, observando seus aspectos emocional, espiritual, social e físico (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Barbosa e outros (2012), afirmam que o enfermeiro juntamente com sua equipe que presta assistência, tem que ter embasamento sobre a doença para poder dar apoio, informações e auxiliar os pacientes no que for necessário.

Amâncio e Campos (2009), relatam que o enfermeiro tem que ter um amplo conhecimento sobre a doença, deve estar alerta nas alterações emocionais que a criança, o adolescente e a sua família possam apresentar, saber amplamente sobre o seu tratamento. O enfermeiro junto com a sua equipe devem sempre estar atentos a prestar assistência à família e ao paciente nos momentos críticos, que são nas alterações físicas, sociais, cultural e emocional.

A enfermagem é a única profissão presente 24 horas junto ao paciente no ambiente hospitalar. Este fato é de grande importância, pois demanda de compreensão de uma doença como o câncer, que pode levar ao aparecimento de doenças psíquicas (VIEIRA; QUEIROS, 2006).

Machado e Leite citado por Souza e outros (2009), relatam que a enfermeira está presente nas situações mais difíceis. Como sendo presente na assistência diária é através dela que o paciente e família buscam informações sobre seu quadro clínico. O profissional Enfermeiro lida com situações de angústia, temor e sofrimento através dos cuidados que é prestado ao paciente.

O cuidado de enfermagem pediátrico oncológico vem modificando e aprimorando seus conhecimentos com o passar dos anos. Antigamente as famílias das crianças não podiam acompanhar seus filhos internados, hoje são diferente, eles acompanham seus filhos e tem mais interatividade com a equipe de enfermagem (AVANCINI et al., 2009).

Segundo Silveira e Zago (2006), a oncologia tem evoluído nas suas praticas terapêuticas e no seu diagnóstico. Fica aos cuidados da enfermagem seguir esse progresso evolutivo, prestando desta forma, um serviço de qualidade para os pacientes oncológico.

Quando a equipe está bem informada e capacitada para prestar cuidados na pediatria oncológica, ela é capaz de dar orientações e informações necessárias ao paciente e seus familiares, tanto na admissão, quanto no dia a dia (Souza apud PARO; PARO; FERREIRA, 2005).

Amador e outros (2011), afirma que quando o enfermeiro presta cuidados em pediatria oncológica deve ser mais estimulado, pois é uma especialidade que vai necessitar de profissionais de terapias específicas, além de uma equipe estruturada e estimulada para lidar no âmbito infantil.

A enfermeira pediátrica oncológica deve ter pleno domínio sobre a fisiopatologia dos diversos tipos de neoplasias de suas crianças para poder prestar uma assistência holística. O profissional terá que assimilar sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, para oferecer uma melhor qualidade de assistência. É importante também analisar junto a sua equipe uma melhor aproximação à criança no seu tratamento (SARDO; GUEDES; BORENSTEIN apud AVANCI et al., 2009).

Amador e outros (2011) relata que a enfermeira tende a acompanhar o processo evolutivo da oncologia, ir à busca de conhecimento para poder ter um melhor desempenho e desenvolvimento nos cuidados prestados na enfermaria oncologia.

A enfermeira orienta e treina a sua equipe a oferecer cuidados de uma forma humanizada, ensinando a equipe a ter respeito, compreensão com o paciente e a família. Muitas vezes a família poderá estar sensibilizada com a doença do filho (PARO, PARO, FERRIRA, 2005).

O enfermeiro em oncologia tem um convívio mais estreito ao paciente oncológico, por estar mais tempo ao seu lado, possuindo um reconhecimento por parte dos pacientes. Deverá cuidar com sentimentos de amor, porque os pacientes estão fragilizados e são especiais, e que neste momento estão com medo do desconhecido, requerendo do enfermeiro cuidados técnico científico (POPIM; BOEMER, 2005).

Segundo os mesmos autores o enfermeiro tem um relacionamento afetivo junto ao paciente, levando a um elo emocional e de amizade. O paciente e o enfermeiro criam uma parceria tirando a barreira do anonimato.

O enfermeiro e a sua equipe são de grande relevância para prestar assistência às famílias da criança e do adolescente, no entanto o enfermeiro junto com a sua equipe atua de modo informal (CAVICCHIOLI; NASCIMENTO; LIMA, 2004).

Segundo Hercos e outros (2014), o enfermeiro que atua na assistência a pacientes oncológicos é de extrema importância que ele tenha uma especialização na área oncologia, pois ele necessitara de técnicas, prática clínica, planejamento, liderança e de responsabilidade para prestar cuidados ao paciente, administrando a sua equipe.

O enfermeiro é apto e capaz de instruir e dar apoio ao paciente e a família no seguimento da vivencia da doença, da sua reabilitação, tratamento, contribuindo com a qualidade de vida do paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Amâncio, Campos (2009), afirma que cabe ao enfermeiro pesquisar a melhor temática no cuidados o qual vai ser direcionando ao paciente.

Araujo e outros (2010), afirmam que o enfermeiro que utiliza a comunicação pode ter um entrosamento melhor com seu paciente. Através da comunicação é que o enfermeiro vai ter base para desenvolver suas habilidades e seus conhecimentos para prestar uma assistência de qualidade ao paciente.

Segundo o mesmo autor relata que através da comunicação o enfermeiro vai moldar o seu cuidar ao paciente, dando-lhe uma melhor assistência.

O enfermeiro que presta assistência ao paciente oncológico engloba um cuidado holístico ao seu assistir, prestando um conforto, diminuindo a sua dor, angústia e sofrimento (MONTEIRO; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

Através do cuidar o enfermeiro transmite para o paciente uma energia positiva, no qual o paciente sentirá mais vigor para enfrentar o tratamento e as suas modificações. A enfermagem como sendo uma arte no cuidado, pode transformar a qualidade de vida do paciente oncológico, dando uma modificação na sua vida pessoal, espiritual e social (SOUZA; SANTO, 2008)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Revisão de Literatura realizada percebemos que o Câncer em crianças e adolescentes quando diagnosticado precocemente possui grande chance de cura.

Contextualizando a Revisão, o Câncer é causado por uma desordem celular, onde a célula apresenta alteração em seu material genético, havendo um crescimento celular acelerado, células doentes, ou seja, células cancerígenas, o que faz definir a malignidade da doença.

Deste modo, esta doença corresponde no mundo, incluindo o Brasil, a terceira causa de óbito, onde é considerado estaticamente elevado pelos autores pesquisados.

Com o diagnóstico na criança e ou adolescente confirmado, várias alterações de comportamento poderão ocorrer na criança, adolescente e também na família. Alterações psicológicas e emocionais estão presentes em grande maioria dos casos como, angústia, depressão, aflição, necessitando de ser acompanhado pela equipe interdisciplinar.

Percebemos com o desenvolvimento do trabalho que os tumores que mais acometem crianças e adolescentes na infância em todo mundo é Tumor de Sistema Nervoso Central, Leucemias, Tumor de Wilms, Retinoblastoma e Osteossarcoma.

Destacamos que as formas de tratamento para doença são Quimioterapia, Radioterapia, Cirurgias e Transplante de Medula óssea. Podemos considerar que as formas de tratamento são de extrema agressividade, tanto física, bem como emocional. A Quimioterapia que é uma droga química, responsável pela destruição de células doentes vem acompanhada por reações desagradáveis que desencadeia fatores físicos como, náuseas, vômitos, diarreias, alopecia. Se tratando no lado emocional, causa depressão, angústia, medo da morte, principalmente pelo desequilíbrio e desestruturação que a doença oferece.

Neste contexto, os efeitos desagradáveis físicos, bem como, emocional decorrente do tratamento que a criança e ou adolescente está sendo submetido acaba impedindo o desenvolvimento de sua vida neste momento. O que mais incomoda é ter que deixar de fazer toda sua rotina diária como, lazer, ir à escola, brincar com

seus amigos, passando agora a conviver com a hospitalização e o tratamento propriamente dito por um período prolongado.

Consideramos que o período de hospitalização seja o momento de maior angústia para o paciente, seja ele criança ou adolescente. Neste período eles se separam dos entes queridos, o que acarretará tristeza, solidão. Ter um ambiente prazeroso, brincadeiras, lazer, poderá melhorar esta condição, minimizando o lado emocional, diminuindo seu sofrimento.

O impacto que a criança, adolescente e família enfrentam com a doença gera sofrimentos, desconforto. A criança e adolescente com a patologia vivenciam momentos dolorosos tanto físicos, bem como, emocional. Ter que conviver com hospitalização, ficar por um período afastado do seio familiar e o medo da morte, leva a uma tristeza. Estes fatores acabam abalando e prejudicando o tratamento do paciente. O suporte dos profissionais de saúde neste momento será fundamental para contribuir na qualidade de assistência a saúde do paciente.

A Sociedade ainda não está preparada para lidar com a doença, visto que a patologia carrega um estigma muito assustador. As incertezas em relação ao tratamento, a cura, são muito obscuro. O importante é esclarecer para família todo processo que será realizado, estabelecendo um apoio psicológico, estimulando e promovendo um enfrentamento para a doença.

Desta forma, o profissional de Enfermagem, ou seja, o Enfermeiro juntamente com sua equipe seja um elo de apoio para o paciente. O profissional de Enfermagem exerce um papel de extrema importância neste processo de saúde e doença. O Enfermeiro por ser parte integrante da equipe interdisciplinar possui a responsabilidade de prestar cuidados físico, mental, social e espiritual, favorecendo e melhorando a qualidade de vida na assistência prestada ao paciente.

Ressaltamos que o Enfermeiro Oncológico direcione as ações de Enfermagem para sua equipe, a fim de proporcionar ao paciente e a família um cuidado holístico, individualmente para cada paciente, sinalizando precocemente qualquer eventualidade que poderá acontecer, traçando medidas preventivas para melhor qualidade da assistência a ser prestada.

Destacamos que o Enfermeiro deve desenvolver suas habilidades ao prestar assistência ao paciente utilizando seus conhecimentos técnicos e científicos, criando

um vínculo de comunicação entre ambos, favorecendo a assistência diária, observando o paciente como um todo, humanizando seu cuidar.

Esperamos que esta Revisão Sistemática venha colaborar e enriquecer os conhecimentos dos acadêmicos e profissionais de saúde, contribuindo na sua formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro. Ed. Diagraphic, 2009. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2014.
- AC CARMAGO. **QUIMIOTERAPIA**. c2014. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/servicos-especializados/quimioterapia/15/>>. Acesso em: 16 maio 2014.
- AC CARMAGO. **INFANTIL**. C2014. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/infantil/16/?gclid=Cln8o8_k1r4CFeHm7AodMjcAKA>. Acesso em: 31 maio 2014.
- ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Cirurgia Oncológica**. Albert Einstein. c2009. Disponível em: <<http://www.einstein.br/hospital/oncologia/nossos-servicos/Paginas/cirurgia-oncologica.aspx>>. Acesso em: 01 maio 2014.
- ALMEIDA, Vera Lúcia de et al. Câncer e Agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular específicos NAO Que interagem com o DNA:. UMA Introdução **Quím. Nova**, São Paulo, v 28, n. 1, p.118-129, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.
- AMADOR, Daniela Doulavince et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.20, n.1, p.94-101, jan-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.
- AMÂNCIO, Nilda Alves Mirando; CAMPOS, Leonor Natividade de Medeiros. O papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico. **Rev. Tecer**. Belo horizonte, v.2, n.3, Nov. 2005. Disponível em: <<http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/187/262>>. Acesso em: 24 maio 2014.
- ANDERS, Jane Cristina; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p.866-874 Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 março 2014.
- ANGELO, Margareth; MOREIRA, Patrícia Luciana; RODRIGUES, Laura Maria Alves. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.301-308, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2013.

ANTONELI, Célia Beatriz Gianotti et al. Evolução da terapêutica do retinoblastoma. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 66, n. 4, p.401-408, ag. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abo/v66n4/17373.pdf> >. Acesso em: 28 Mar. 2014.

ARAUJO, Claudia Regina Gomes de; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. O Papel da Equipe de Enfermagem no Setor de Radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 54, n. 3, p. 231-237, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf> Acesso em: 28 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Censo Brasileiro de Náuseas e Vômito em cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de cuidados Paliativos**. v.3,n.3,suplemento 2,p.03-21,2011.Disponível em: <http://stat.correioweb.com.br/blogs/SuplementoCP_Nausea_Vomito_Final_A.pdf>. Acesso em: 28 abr.2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVO. Consenso brasileiro de caquexia/anorexia em cuidados paliativos. **Rev. Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, v. 3, n. 3, suplemento 1, p.02-42.2011. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/217--consensocaquexia.pdf>>. Acesso em 31 out. 2013.

AVANCI, Soares Barbara et al. Cuidados paliativos à crianças oncológicas na situação do viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.** v.13,n04.,p.708-716,2009.disponivel em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

BARBOSA, Alves Camila et al.Atuação da enfermagem frente ao paciente com câncer de boca.**Acta de ciências e saúde**.v.1,n2,p13-25,2012.Disponível em: <<http://www.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/40/53>>. Acesso em 02 jun. 2014.

BELTRÃO, Marcela Rosa LR et al. Câncer infantil percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnostico.**J. Pediatria**. Rio de janeiro.v.83,n6,p.562-566.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a14.pdf>>.Acesso em: 5 fev. 2014.

BETTONI, Fabiana. Metabolismo do DNA e mutações. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS Roger; Iyeyasu, Hirofume. **Oncologia para a graduação**. 3 ed.São Paulo: Lemar, 2013,p.30-37.

BETTONI, Fabiana. Mutação e câncer. In: Lopes, Ademar; Iyeyasu Hirofume; CASTRO, Maria rosa Maria R.P.S.Oncologia para a graduação.2 ed.São Paulo:tecmed,2008,p.16-28.

BORGES, João Bosco Ramos et al.Characterização das pacientes,na infância e adolescência,portadora de câncer no município de Jundiá e região.**Revista**

Brasileira de cancerologia,v.55,n.4,p337-343. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/337_artigo3.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2014.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala da avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.2, p.283-290, jun.2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>>. Acesso em:25 abr. 2014.

BOSSONI, Ruvie Henrique Coavilha et al. Câncer e morte um dilema para pacientes e familiares.Revista contexto e contexto.ljuí,v.9,n.17,p.13-21,jul./dez.2009.Disponível em:<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1455/1211>>.Acesso em: 8 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ABC_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.

BRAIT, MARIANA; DELLAMANO, Marcia. Alterações Cromossômicas do câncer. In: ADEMAR, Lopes; IYEYASU Hirofumi; CASTRO Rosa Maria R.P.S. **Oncologia para a graduação**. 2 ed.São Paulo: tecmed,2008.p.29-36.

BRAIT, MARIANA; DELLAMANO, Marcia. Carcinogênese química e radiação. In: ADEMAR, Lopes; IYEYASU Hirofumi; CASTRO Rosa Maria R.P.S. **Oncologia para a graduação**. 2 ed.São Paulo: tecmed,2008.p.71-82.

CAMARGO, Beatriz de; LOPES, Luis Fernando. **Pediatria oncologia**: Noções fundamentais para o Pediatra. São Paulo: Lemer, 2000.p. 01-175.

CARDOSO, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.25-52, jun. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2012.

CARAM, Elaine M. Monteiro; LUISI, FLAVIO Augusto Vercillo; PIRES Arnaldo Luiz. Câncer na infância. **Pediatria moderna**. v.49,n.1,p.5-14,jan.2013.Disponível em:
<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5315 >.Acesso em: 8 jun 2014.

CARAM, Ana Lucia Alves et al.Desnutrição em crianças ate 12 anos com leucemia atendidas no grupo em defesa de crianças com câncer no município de Jundiaí,SP.**Revista Brasileira Cancerologia**.n.58,v.2,p.231-239.2012.Disponível em:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/13_artigo_desnutricao_crianças_12_anos_leucemia_atendidas_grupo_defesa_crianca_cancer_municipio_jundiai_sp.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

CARMO, Tânia Maria Delfraro et al.Sentimentos expressados pelos pais de crianças e adolescentes com diagnósticos câncer.Ciência Et. Praxis.v3,n6,p.53-59.2010.Disponível em: <<http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et->

Praxis/Volume-03-N-06-Julho-Dezembro-2010/files/assets/basic-html/page56.html>. Acesso em: 3 dez 2013.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Fadiga. In _____. **Diagnóstico de enfermagem**. 13ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.p.237-241.

CAVICCHIOLI, Aline Cristiane; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. O Câncer Infantil na Perspectiva dos Irmãos das Crianças Doentes: Revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 2, p. 223-227, abr. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a18v57n2.pdf>> Acesso em: 20 março 2013.

CICOGNA, Elizelaine de Chico; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Crianças e adolescentes com Câncer: experiências com quimioterapia. **Revista Latino Americano Enfermagem**. v.18, n.5,p.01-09,out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_05.pdf>. Acesso em: 01 maio 2014.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de.Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial implicações para a enfermagem. **Rev. Latino AM. Enfermagem**. São Paulo, v10, n3, p.321-333, jun. 2002. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1665/1710>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

DANTAS, Roberto Oliveira. Diarreia e Constipação Intestinal. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 37, p. 262-266, jul./dez. 2004. Disponível em: < file:///C:/Users/usuario/Downloads/506-1003-1-SM.pdf >. Acesso em: 05 jun. 2014.

DUARTE, Maria de Lurdes custódio;ZANINI, Lisiane Nunes; Nedel Maria Noemia Birk. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalização. **Rev. gaucha Enferm**. v.33,n.3,p.111-118.2012.Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/15.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DUPAS, Giselle et al.Câncer na infância: Conhecendo a experiência do pai. **remem- Rer. Min. Enferm.**,v.16,n.03,p.,348-354,jun/dez.2013.Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/537>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

DUVAL, Patricia Abrantes et al. Caquexia em Pacientes Oncológicos Internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 207-212, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/05_artigo_caquexia_pacientes_internados_domiciliar.pdf>. Acesso em 22 out. 2013.

ELMAN, Ilana; SILVA, Maria Elisabeth Machado Pinto e. Crianças Portadoras de leucemia linfóide agudas: Análise dos limiares de detecção dos gastos básicos. **Revista Brasileira de cancerologia**. v.03,n53,p.297-303.2007.Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em: 01 abr 2014.

FERMO, Costa Vivian et al. O diagnóstico precoce do câncer em criança e adolescente: o caminho percorrido pelas famílias. **Esc. Anna Nery**. v.18, n.1, p.54-59. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0054.pdf> >. Acesso em: 30 maio 2014.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. Ansiedade, Depressão e Delirium. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidados Paliativos**. São Paulo. 2008. p.499-518. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em 01 maio 2014.

FURGATO, Sheila; HOGA, Luiza Akiko Kamura. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v.49, n.4, p.209-214. 2003. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf>. Acesso em: 11 maio 2014.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, Rita Deway. Ansiedade e Depressão em cuidados paliativos: Como trata. In: ____ Manual de cuidados Paliativos. **Academia Nacional de cuidados Paliativos**. Rio Janeiro. Diagraphic, 2009, p.144-152. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

HERCOS, Thaíse Machado et al. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Revista Brasileira de cancerologia**. Ribeirão Preto, v.60, n.01, p.51-58. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Cancerologia Cirúrgica**. Barretos: Hospital de Câncer de Barretos, c2014. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/cancerologia-cirurgica>>. Acesso em: 01 maio 2014.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Efeitos colaterais- infertilidade**. Barretos: Hospital de Câncer de Barretos, c2014. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/quimioterapia-2/76-paciente/opcoes-de-tratamento/quimioterapia/quimioterapia-e-os-efeitos-colaterais/117-efeitos-colaterais-infertilidade>>. Acesso em: 01 maio 2014.

HOSPITAL SAMARITANO. **Transplante de medula óssea**: manual de orientação aos pacientes. São Paulo, mar. 2010. Disponível em: <http://www.samaritano.org.br/pt-br/informacoes-ao-cliente/publicacoes/foldersdesaude/Documents/manual_tmo_final.pdf>. Acesso em: 03 ab. 2014.

INOJOSA, Jacyntho Inês. Sobrendo.com. **Escala de intensidade da dor**, c2013. Disponível em:<<http://www.sobreendo.com/2008/08/avaliacao-da-dor.html>>. Acesso em 24 abr. 2014..

INSITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Intervenções de enfermagem. In____. **Ações de enfermagem para o controle de câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed.Rio de Janeiro: Rev. atual.ampl.2008.p.249-368.

INSITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Fisiopatologia do câncer. In____. **Ações de enfermagem para o controle de câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3.ed.Rio de Janeiro: Rev. atual.ampl.2008.p.49-77.

ISTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MCDONAL. **Diagnostico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Instituto Nacional do Câncer, Instituto Ronald McDonald. Rio de janeiro: INCA. 2009. Disponível em:<ftp://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/eixo_oncologiapediatria/diagnosticoprecocecanceradolescricao%20institutoronald_23_10_2013.pdf> . Acesso em: 5 maio 2014.

ISTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; INSTITUTO RONALD MCDONAL. **Diagnostico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Instituto Nacional do Câncer, Instituto Ronald McDonald. 2 ed.,Ver. Ampli. Rio de janeiro: INCA. 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diagnostico_precoce.pdf>. Acesso em: 8 jun 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Informação sobre doação de medula óssea**. Rio de Janeiro, c2013c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=64>. Acesso em: 03 ab. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **INFANTIL**. Rio de Janeiro, c2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil/sintomas>>. Acesso em: 03 ab. 2014

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Particularidades do câncer infantil**. c2014.disponível em:< http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 14 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Quimioterapia**. c2014.Disponível em:<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 03 abr. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Radioterapia**. c2014.Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100>. Acesso em: março 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tipos de câncer**: infantil. Disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: outubro de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tratamentos Cirúrgicos**. c2014.Disponível e:<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98>. Acesso em: 03 abril 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tratamentos**. c2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 03 abril de 2014.

KADA, Helena Márcia et al. A percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes. **Cogitare Enfermagem**. v. 19, n01, p.84-88. jan/ma.2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35962/22171>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

KRONBAUER, Fernando Leite et al. O Uso da Quimioterapia no tratamento da retinoblastoma: avaliação retrospectiva. **Arq.Bras.Oftalmol**. v.63, n.6. p.481-486, dez.2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v63n6/9614.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

LABORATÓRIO BOISINTESIS. Laboratório. São Paulo: Laboratório biosintesis. c2014. Disponível em: <<http://biosintesis.com.br/biosintesis/laboratorio/#prettyPhoto>>. Acesso em: 01 maio 2014.

LIMA, Lilian Moura de et al. Adoecer de câncer: O agir e o sentimento do grupo familiar. **Cien. Cuid. Saúde**. v. 11, n. 1, p.106-112, jan/mar.2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18866/pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

LOPES, Ademar; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. **Oncologia para Graduação**. 2ed. São Paulo. Tecmed. 2008.

LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYAYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 3 ed. São Paulo: Lemar. 2013.

LOPES, Ademar; Mello, Celso A.L. O tratamento multidisciplinar do câncer. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS Roger; Iyeyasu, Hirafume. **Oncologia para a graduação**. 3ed. São Paulo: Lemar, 2013. p.215-218.

LOPEZ, Carlos Alexis Chimpén; RUIZ, Victor Arturo Chimpén. Repercussão emocional do diagnóstico de câncer digestivo. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 12, n. 2, p.298-303.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n2/v12n2a10.pdf>>. Acesso em: 02 Maio 2014.

LUCON, Cristina Bressaglia. O impacto do câncer na adolescência: contribuições no processo de enfrentamento. **CONHECIMENTO E DIVERSIDADE**, Niterói, n7, p55-70, jan/jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/623/483>. Acesso em: 25 abr. 2014.

MALTA, Júlia dias Santana; SCHALL, Virginia Torre; MODENA, Celina Maria. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo horizonte. **Revista brasileira de cancerologia**, v.55, n.1 p.33-39.2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rcb/n_55/v01/pdf/07_artigo_momento_do_diagnostico>.

pdf>.Acesso em: 3 ab. 2014

MARQUES, Ana Paula Felipe de Souza. Câncer e estresse: um estudo sobre crinaça em tratamento em quimioterapia. **Psico. hosp.** São Paulo, v.2, n.2.2004. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092004000200006&script=sci_arttext&tlng=en >. Acesso em: 8 jun.2014.

MARCONDES, Eduardo et al. Pediatria básica: Tomo II – Pediatria Clínica Geral in: **Oncologia**. 9º ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p 921-953.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisa, amostra e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo. Atlas. 7ed. 2011.

MARTUCCI, Renata Brum. Câncer. In: CUPPARI, Lilian. **Guia de nutrição:** Clínica no adulto. 3 ed. Barueri, São Paulo: editora manoli, 2014, p.327-354.

MASSUMOTO, C. **Transplante de medula óssea.** São Paulo, out. 2014. Disponível em: <http://www.tmo.br.com.br/artigos/artigo_tmo.html>. Acesso em 03 abr. de 2014.

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p.191-210 mar. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v7n1/11.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2014.

MENOSSE, M., J.; LIMA, R. A. G. A problemática do sofrimento: percepção da do adolescente com câncer. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.34, n.1, p.45-51, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a06.pdf> >. Acesso em: 28 abr. 2014.

MICELI, Ana Valeria Paranhos. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.48, n.3, p.363-373, 2002. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo5.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.147-154. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf> >. Acesso em: 19 Abr. 2014.

MOTA, Dálete Delalibera Correa de Faria; CRUZ, Diana de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. Fadiga: análise de conceito. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.18, n.3, p.285-295, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>>. acesso em :27 abr. 2014.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.19-28, abr. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf> >. Acesso em: 06 Abr. 2014.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sonia Regina Fiorim. Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. **Estudos**

de Psicologia. PUC-Campinas, v.21, n.03,p.,193-202,set/dez,2004.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do. O câncer infantil (leucemia): significações de algumas vivencias maternas. **Rev.Rene.** Fortaleza, v.10, n.2, p.149-157, abr/jun.2009. Disponível em: <[http:// http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/502/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/502/pdf) > . Acesso em: 04 jun. 2014.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Crianças com Câncer e suas famílias. **Rev.esc. enferm. USP** , São Paulo, v 39, n. 4,p.469-474, dez,2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/13.pdf> >. acesso em 27 out. 2013.

NEVES, Beatrice M.J. et al. Rabdomiossarcoma de cabeça e pescoço na infância. **Revista Brasileira otorrinolaringologia**, v.69, n.1, p.24-28. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v69n1/a05v69n1.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

OLER, Fabiana G. VIEIRA, Maria Rita R. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. **Arq. Cienc. Saúde**, v.13, n. 04, p.192-197, out-dez. 2066. Disponível em: < [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20188%20-%2013.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20188%20-%2013.pdf) >. Acesso em: 16 maio 2014.

OLIVEIRA, Rafaela Rodrigues et al.Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico:uma análise fenomenológica.**Cienc. Cuid. Saúde**, n.9, v.2, p.374-382.2010. Disponível em: <<http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11250/6089>> . Acesso em: 06 jun. 2014.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p.37-54,dez. 2004 . Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf> >. Acesso em: 23 mar. 2014.

PARO Daniela; PARO Juliana; FERREIRA, Daise L.M. O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. **Arq. Cienc. Saúde**. V.12, n.3, p.151-157, jun-set, 2005. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-3/06%20-%20ID132.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

PEDROSA, Márcia Ferreira et al . Linfoma não-Hodgkin na infância: características clínico-epidemiológicas e avaliação de sobrevida em um único centro no Nordeste do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 6, p.547-554, Dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a12.pdf> >. Acesso em 15 Nov. 2013.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v.

13, n. 5, p.677-685, Out. 2005. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>>. Acesso em: 19 Maio 2014.

PRIMIO, Aline Oliveira Di. Rede Social e Vínculos Apoiadores das Famílias de crianças com câncer. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, v2, jun. p.334-342.2010. disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/15.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2014.

RESS, Gareth J.G. Guia da Saúde Familiar – Câncer. **Revista Istoé**. São Paulo. editora três. p59.2001.

REIS, Rejane de Souza; SANTOS, Marcell de Oliveira; THULER, Luiz Claudio Santos. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.53, n.1, p.5-15, 2007. disponível em:
 <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014

RIBEIRO, L. M. S.; CASTRO, M. M. C. Intervenção com Criança em Tratamento Quimioterápico: um relato de experiência. **Pediatria Moderna**, v. 43, n. 2, mar./abr., 2007. Disponível em:
 <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3542&fase=imprime>. Acesso em 04 Out. 2013.

ROSA, A.F. et al. **Câncer: Construindo caminhos para o cuidado de enfermagem à criança e família em regime ambulatorial**. 2007. 163f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em:
 <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0507.pdf>>. Acesso em 03 maio. 2014.

ROSSATO, Karine et al. O adoecer por câncer na perspectiva da família rural. **Rev. Enferm. UFSM**. Santa Maria, v.3, p.608-617.2013. Disponível em:
 <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10989/pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

SANTOS, Cátia Queiroga dos; FIGUEIREDO, Maria do Céu Barbieri. Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, serIII, n. 9, p.55-65, mar. 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a06.pdf>>. Acesso em 28 maio 2014.

SANTOS, Cibele de Oliveira ETA al.. A influencia do apoio emocional no enfrentamento da terminalidade do paciente do paciente oncológico. **Caderno de graduação-Ciência biológicas e da saúde unit**. Aracruz, v.2, n.1, p.131-139, marco.2014. Disponível em:
 <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1276/746>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

SANTOS, Ligia Maria Pinto dos; GONÇALVES, Luiza Conceição. Crianças com câncer: Desvelando o significado do adoecimento atribuído por suas mães. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.224-229, abr/jun.2008. Disponível em:
 <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a14.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

SANTOS, Sofia Nascimento dos. Biologia tumoral. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; Iyeyasu, Hirofume. Oncologia para a graduação. 3 ed. São Paulo: Lemar, 2013. p.23-29.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado paliativo**. Coordenação institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_CRM.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2014.

SAWADA, Namie Okino et al . Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.581-587, Set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2013.

SILVA, Lucelia Maria lima da; MELO Mônica Cristina Batista de; PEDROSA, Arli Diniz Oliveira. A vivencia do pai diante o câncer infantil. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.18, n.3, p.541-550, jun/set.2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n3/v18n3a14.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

SILVA, Manuela Pacheco Nunes de. Síndrome de Anorexia-Caquexia em Portador de Câncer. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p. 59-77, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em 24 abr. 2014.

SILVA, Privado da et al. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v.3, n.1, jan/abril, p.68-78. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6918>> <www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a26v44n1.pdf>. Acesso em: 11 maio 2014.

SILVEIRA, Camila Santiago; Zago, Marcia Fontão. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev. latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v.14, n.04, p.614-619, junho/agosto, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; MAGALI, R. B. O Vivenciar a Situação de Ser com Câncer: alguns des-velamentos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 4, julho-agosto, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf>. Acesso em 01 maio 2014.

SOUZA, Bianca Fresche de et al. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n.1, p.61-68. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a08v47n1.pdf>>. Acesso em: 02 Maio 2014.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de; ESPIRITO SANTO, Fátima Helena do. O olhar que olha o outro. Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de cancerologia**. v. 54, n.1, p.31-

34.2008.Disponível em:<
http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/artigo_5_pag_31a42.pdf>.Acesso em: 28
 maio 2014.

SOUZA, Daniele Martins de et al. A vivencia da enfermeira no processo de morte ou morrer dos pacientes oncológicos. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v.18, n.1, p.41-47.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>>. Acesso em: 14 Maio 2014.

SMELTZER, Suzanne C et al.Brunner e Suddarth.Oncologia:cuidados de Enfermagem no tratamento do câncer.In:Tratado de enfermagem médico-cirurgico.11ed.Rio janeiro.Koogan.2009.p.319-373.

SMELTZER, Suzanne C et al.Brunner e Suddarth.Considerações sobre o individuo e a família relacionada a doença.In:Tratado de enfermagem médico-cirurgico.11ed.Rio janeiro.Koogan.2009.p.92-105.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marines Tambara, MASCHIO, Gislaine. Vivencias de uma equipe se enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm.** Santa Catarina, v13, n1, jan/mar, p.75-82. 2008. Disponível em: <<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no1/9.pdf>>.Acesso em: 11maio 2014.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neusa. Câncer no lactente: Readaptações na vida familiar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis,v.21,n.2,p.295-303,abr-jun.2012.Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a06v21n2.pdf>>. Acesso em: 07 Jun. 2014.

QURINO, Daniela Dias; COLLET, NEUSA; NEVES, Flavia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepção de enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaucha Enferm.** Porto Alegre, n.31, v.2, p.300-306, jun,2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/14.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

TORTURELLA, Mariana Rody et al. Neuroblastoma com Metástase orbitaria. **Rev.bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v 70, n. 2, p.70-72, abr.2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n2/a08v70n2.pdf> >. Acesso em: 12 de Nov. de 2013.

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos em Paciente com Câncer.** Rio de Janeiro: UNATI/UERJ-Univ. Aberta 3. Idade, 2009. Disponível em:<<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>>. Acesso em 24 out. 2013.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.63-70 abr.2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a09v18n1.pdf> >. Acesso em: 14 Maio 2014.

VIEIRA, Gabriela Baptista et al. Impacto do câncer na autoimagem do indivíduo: Uma revisão integrada. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.26,n.2,p.533-540, ago.2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6749/6357>>. Acesso em: 01 maio 2014.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.552-560, Jul.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf> >. Acesso em: 23 Mar. 2014.

VERSELATO, M. Entenda por que quimioterapia provoca queda de cabelos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23, nov. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1010681-entenda-por-que-quimioterapia-provoca-queda-de-cabelos.shtml>>. Acesso em: 01 maio 2014.