



ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Jaqueline Coimbra Peres¹
Giselda Martins Romero²

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo desvelar os elementos do cuidado humanizado presentes no encontro entre enfermeiro, família e criança com câncer, identificar a percepção desses enfermeiros quanto à humanização da assistência e verificar em que situações o enfermeiro percebe que a humanização está ancorada ao cuidado. Trata-se de um estudo com referencial bibliográfico descritivo, com resultados que ressaltam que a atuação em oncologia pediátrica exige profissionais com responsabilidade, compromisso, preparo adequado e sensibilidade para cuidar de criança. Os dados permitiram reflexões sobre possibilidades de construção do processo humanístico interpessoal no ambiente de cuidado na oncologia pediátrica capazes de promover uma atenção integral, humanizada e resolutiva para as crianças com diagnóstico de câncer.

Palavras-chave: Enfermagem, câncer infantil, humanização, pediatria.

ABSTRACT

This study aimed to unveil the elements of humanized care present in the encounter between nurses, family and children with cancer, to identify the perception of these nurses regarding the humanization of care and to verify in which situations nurses perceive that humanization is anchored to care. It is a study with a descriptive bibliographic reference, with results that emphasize the performance in pediatric oncology requires professionals with responsibility, commitment, adequate preparation and sensitivity to take care of children. The data allowed us to reflect on possibilities of building the interpersonal humanistic process in the pediatric oncology care environment capable of promoting comprehensive, humanized and resolute care for children diagnosed with cancer.

Keywords: nursing, childhood cancer, humanization, pediatrics

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem

² Docente do curso de Enfermagem

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula forma um clone que começa a se proliferar de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula (PARO; PARO J; FERREIRA, 2005).

Os tipos de câncer mais comuns na infância são as leucemias, tumores cerebrais, linfomas, tumores nos rins e sarcomas, entre outros (SILVA et al., 2009,).

O adoecimento por câncer de uma criança afeta toda estrutura familiar, os papéis e responsabilidades podem mudar. Durante a terapêutica a criança se submete a internações frequentes, terapêuticas agressivas, alterações do cotidiano, desajuste financeiro, angustias, dor, sofrimento, sobrecarga psicológica e medo constante da morte.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem é de extrema importância já que atua nas necessidades que julga ser de sua competência, promovendo um cuidado baseado em princípios humanísticos, que devem ser incorporados a educação e prática profissional, direcionando um comportamento ético e moral, dando apoio a criança e a família.

Assim, assistência de enfermagem pautada em habilidades humanísticas, intuitivas e de relacionamento interpessoal é de principal importância, ajudando a enfrentar o temor e aflição da criança em tratamento oncológico motivado pelas hospitalizações (MARANHÃO et al., 2011).

METODOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um trabalho com referencial bibliográfico descritivo, com a finalidade de detectar o perfil do profissional de saúde que atua em hospitais de oncologia pediátrica, no cuidado com o paciente e a humanização com a família e paciente. Foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica através de artigos científicos relacionados ao tema de estudo.

O critério foi incluir bibliografias que abordassem a humanização do enfermeiro com o paciente oncológico pediátrico e a família, a fim de compreender o

dia a dia dos profissionais da saúde com seus pacientes devido à gravidade e dificuldade do tratamento da doença e como lidar com a criança sem possibilidade de cura.

A pesquisa foi desenvolvida em etapas que consistem em exploração e escolha do tema, levantamento bibliográfico, análise e resumos dos artigos relacionados ao tema com a finalidade de conhecimento sobre o tema, em seguida desenvolvimento sobre o tema proposto.

O referencial teórico foi retirado de artigos científicos depositados nas bases de informações como Google Acadêmico e Scielo.

ASPECTOS ETIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER

A palavra câncer tem origem latina e significa “caranguejo”, termo empregado devido analogia ao modo de desenvolvimento infiltrante, comparada às pernas do crustáceo que as introduz na areia ou lama para dificultar sua retirada. Atualmente o significado de câncer se refere ao termo neoplasia, em específico os tumores malignos. São mais de 200 tipos de câncer, que correspondem aos vários sistemas de células do corpo que podem se distinguir pela capacidade de invadir os tecidos e órgãos, próximos ou distantes. (ALMEIDA, et al., 2005).

O câncer é uma enfermidade multicausal crônica que se caracteriza pelo desenvolvimento e disseminação descontrolada das células anormais, que se reproduzem até formar a célula tumoral (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010)

É um distúrbio da diferenciação e do crescimento celular, sendo denominado de neoplasia que significa “novo crescimento”. Ao contrário das alterações no crescimento tissular que ocorrem na hipertrofia e na hiperplasia, o crescimento de uma neoplasma tende a ser incoordenado já que não apresenta controles reguladores normais sobre o crescimento e a divisão celular. A renovação e reparação tecidual normalmente envolvem dois componentes, a proliferação e a diferenciação celular (PORTH; MATFIN, 2010).

Alterações genéticas tem função decisiva na manifestação de várias neoplasias humanas. Essas alterações ocorrem em uma única célula somática, que se divide e vai se desenvolvendo até formar um câncer. Quando a neoplasia maligna ocorre como parte de uma síndrome de câncer hereditário, as alterações iniciais são

herdadas por meio de linhagem germinativa e, portanto, estão presentes em todas as células do organismo (LIMA et al., 2006)

A célula de câncer caracteriza-se por dois principais aspectos que é a proliferação anormal e rápida e a perda de diferenciação de modo que não exibem características e propriedades normais de células diferenciadas, daí serem mais semelhantes a células embrionárias. (PORT; MATFIN, 2010)

Carcinogênese ou oncogênese é o nome que se dá ao processo de formação do câncer, em geral é lento, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê procedência a um tumor. O acúmulo de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são responsáveis pelo início, promoção e progressão do tumor. A exposição a esses agentes tem uma frequência de período e tempo, e pela interação entre eles é determinada a carcinogênese. Devem ser consideradas as características individuais, que dificultam ou facilitam a instalação do dano celular (ABC DO CANCER, 2012).

O câncer é classificado de acordo com a célula que a originou, e não com o tecido na qual se espalhou. Na classificação primária quase todos podem ser colocados no sufixo- *oma*, que significa tumor (ALMEIDA et al., 2005).

Carcinomas: são os mais comuns de câncer, originado de células do corpo, incluindo ectodermas e endodermes como, boca, garganta, esôfago, brônquios, estômago, intestino, bexiga, ovários e útero, e revestimento dos dutos mamários, próstata e pâncreas. Existem também carcinosarcomas que são tumores de alta malignidade (ALMEIDA et al., 2005)

Sarcomas: são tecidos de suporte de revestimento, como ossos, tecido gorduroso, músculos, e tecido fibroso (ALMEIDA et al., 2005)

Linfomas: são células conhecidas como linfócitos, que são encontradas em todo organismo, principalmente em glândulas linfáticas e sangue. Os linfomas são os Hodgkin e não-Hodgkin (ALMEIDA et al., 2005)

Leucemia: é o câncer que se origina na medula óssea que produzem as células sanguíneas brancas. Na leucemia ocorre uma produção muito grande de glóbulos brancos causando problemas no qual as células anormais não funcionam de forma apropriada, restringindo o espaço da medula óssea e impedindo a produção de novas células (ALMEIDA et al., 2005)

Mielomas: são malignidades nas células plasmáticas da medula óssea (ALMEIDA et al., 2005)

Tumores das células germinativas: Se desenvolvem a partir das células do testículo e ovários (ALMEIDA et al., 2005)

Melanomas: se originam das células da pele que produz pigmento, os melanócitos (ALMEIDA et al., 2005)

Hoje o câncer é considerado um problema de saúde global, responsável por 13% de óbitos no mundo. No Brasil, que tem uma população jovem, a mortalidade por câncer em crianças e adolescentes com idade entre 1 e 19 anos corresponde a 8% de todos os óbitos em 2005, assim, como a 2º causa de morte nessa faixa etária (AMADOR et al., 2011).

Os tipos de câncer mais comuns na infância são as leucemias, tumores cerebrais, linfomas, tumores nos rins, sarcomas, tumores do SNC (SILVA et al., 2009)

As leucemias costumam ser a neoplasia mais comum na infância, corresponde cerca de 25% a 30% dos acontecimentos, seus sintomas são inespecíficos. Nos casos de leucemia linfóide a queixa mais frequente foi febre, adenomegalias, equimoses, palidez, infecções, dores articulares ou em MMII, perda de peso e fadiga (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

Os cânceres do SNC representam a segunda neoplasia mais frequente na infância. Em crianças o atraso no diagnóstico é relevado pela inaptidão de descrever sintomas como cefaleia ou diplopia. Os sintomas inespecíficos podem embarçar o quadro e atrasar o diagnóstico, as queixas mais frequentes são cefaleia, vômitos, alterações de humor, no comportamento e diminuição no aproveitamento escolar. O acompanhamento tem que ser de perto especialmente nos 2 primeiros meses do começo da queixa (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

Os cânceres renais correspondem cerca de 10% dos tumores infantis e o câncer de wilms representa 95% das neoplasias. (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

Retinoblastoma é um tumor ocular raro. O tratamento da retinoblastoma depende do seu estágio intraocular. É imprescindível conhecer sinais como leucorreia e estrabismo, o risco para a doença extraocular foi intensamente condicionada da idade da criança ao diagnóstico do tempo de atraso. Crianças maiores que 24 meses apresentam um risco 8 vezes maior que aquelas com menos de 12 meses de idade, quando o tempo de queixa for maior que 12 meses o risco é nove vezes maior. O diagnóstico e a terapêutica precoce podem acautelar a cegueira e morte (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

Os tumores ósseos mais comuns são o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing. O sarcoma de Ewing acontece com maior frequência em pessoas brancas do sexo masculino. O osteossarcoma é a 6° neoplasia maligna mais comum na infância. É mais comum acontecer na parte distal do fêmur ou proximal da tíbia e do úmero. A detecção precoce destes cânceres poderá resultar em maiores chances de cura e maiores oportunidades de prevenção do membro afetado. A dor óssea é a queixa mais frequente, habitua ser mais forte a noite e em repouso, a hipertermia é um sintoma comumente a dor óssea nos pacientes com sarcoma de Ewing (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

TRATAMENTOS

Os pacientes com suspeita de câncer passam por vários testes para diagnóstico. Os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir irradiação completa da doença maligna, sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas ou alívio dos sintomas associados ao processo canceroso. As modalidades de tratamento podem incluir radioterapia, quimioterapia e cirurgia (SMELTZER; BARE., 2002).

RADIOTERAPIA

A radioterapia é um tratamento localizado que usa radiação ionizante, produzida por aparelhos ou emitidos por radioisótopos naturais, geralmente feito em regime ambulatorial. A dose total é fracionada em aplicações diárias por um período de até 2 meses (DIEGUES; PIRES., 1997).

A indicação ocorre em 3 circunstâncias: não há outro tratamento curativo, terapia alternativa é considerada tóxica ou como função paliativa em casos avançados. Tem a finalidade de interromper o crescimento e reprodução de células cancerosas e normais. Como as células malignas crescem rapidamente, muitas delas estarão se dividindo e serão mais susceptíveis à radioterapia do que as células normais. A radiação pode atingir tecidos normais causando efeitos colaterais que dependem do tipo de câncer, características do indivíduo, a quantidade de radiação aplicada e a parte do corpo a ser tratada (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO., 1998).

Apresenta diversos efeitos colaterais como dor, cansaço, alterações cutâneas, perda da auto-estima e confiança, mudanças na mobilidade e sensação, choque emocional, confusão, ansiedade, aflição, medo, sentimentos de isolamento e mudanças na rotina (POROK et al., 1998).

QUIMIOTERAPIA

O primeiro objetivo da quimioterapia é destruir as células neoplásicas, preservando as saudáveis. Mas a maioria dos agentes quimioterápicos atuam de forma não específica, lesando as células malignas e normais, geralmente as células de rápido crescimento como as gastrointestinais, capilares e as do sistema imunológico. Por isso acontece a maior parte dos efeitos colaterais como: perda de cabelo, náuseas e maior susceptibilidade a infecções. Mas o corpo se recupera após o tratamento. Um fator importante para se obter êxito da quimioterapia é o diagnóstico precoce (ALMEIDA et al., 2005)

É desejável na quimioterapia usar doses mais altas com capacidade de atingir o maior nível de morte celular, é imprescindível repetir o tratamento em vários ciclos para matar todas as células tumorais (CHABNER; CALABRESI., 1995)

CIRURGIA

A cirurgia oncológica é uma das ferramentas no tratamento do câncer com finalidade curativa ou paliativa (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2009).

O tratamento cirúrgico é considerado curativo quando indicado em cânceres iniciais. É um tratamento radical que compreende a remoção do tumor primário com margem de segurança, a retirada dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão (INCA 2018).

A margem de segurança varia de acordo com a localização e o tipo do tumor. Ao contrario do tumor benigno onde o limite é macroscópico. Quando houver dúvidas sobre a margem de segurança é necessário que seja feito biópsia das bordas e exame histopatológico (INCA, 2018).

O tratamento paliativo tem a finalidade de aliviar sintomas decorrentes do tumor como: compressões de nervos e vasos sanguíneos, dor, obstrução do trânsito

intestinal, controle de hemorragias e perfurações (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2009).

TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA

O TMO é um tipo de tratamento proposto para algumas doenças que afetam as células do sangue, como as leucemias e os linfomas. Consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais da medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula saudável (INCA, 2018).

O TMO é um processo complexo, longo e agressivo, por isso não está isento de complicações que deixam lesões ou tem consequências fatais. Os pacientes vivenciam experiência dolorosa, tanto física quanto psicológica (PONTES; GUIRARDELLO; CAMPOS, 2007).

Durante o processo de TMO os pacientes passam por um processo diferente de internação em relação ao tempo, necessidade de isolamento, protocolo de rotina mais rígido, além da previsão das reações e efeitos colaterais que o tratamento provoca (DÓRO, 2000).

É na medula óssea que se localizam as células-tronco hematopoiéticas, responsáveis pela geração de todo o sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas). Essas são as células substituídas no transplante de medula.

As células-tronco hematopoiéticas também circulam no sangue periférico (caso estimuladas com medicamento fator de crescimento), podendo ser coletadas por aférese, e no sangue do cordão umbilical, quando são coletadas após o nascimento do bebê. Por isso, o termo “transplante de medula óssea” tem sido substituído por “transplante de células-tronco hematopoiéticas” para estes procedimentos (INCA, 2018).

Em doenças do sangue como a anemia aplástica grave, outras anemias adquiridas ou congênitas, e na maioria dos tipos de leucemias, como a mieloide aguda, mieloide crônica e a linfoide aguda. O transplante pode ser indicado para tratamento de um conjunto de cerca de 80 doenças, incluindo casos de mieloma múltiplo, linfomas e doenças autoimunes (INCA, 2018).

AMBIENTE HOSPITALAR E O CUIDADO HUMANIZADO

O Ministério da Saúde regulamentou no ano 2000 a PNH com o desígnio de aprimorar a relação entre profissionais, usuários, hospital e comunidade, visando melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições. (MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2005)

A humanização é um método que envolve padrões diferentes na percepção dos profissionais, valores e crenças. Uma relação única e intersubjetiva se tem um projeto singular, que não há generalizações já que são diferentes profissionais, equipes e instituições que terão processos distintos na aquisição de habilidades para um auxílio mais humanizado (DESLANDES, 2006).

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, mas não mais significativos do que a essência humana.

No processo de humanização, não há formulas que tornem viáveis, porque ele depende fundamentalmente do profissional de saúde e das suas concepções em relação ao processo de humanização (DUARTE; NORO, 2010).

A humanização em oncologia pediátrica está aliada ao apoio com a criança que está em fase de crescimento e desenvolvimento e tem uma doença ameaçadora e estigmatizada. A família passa por uma desestruturação justificada pela mudança na rotina, pelo sentimento de indignação ao ver o sofrimento da criança ocasionado por várias intervenções no hospital, que são geradoras de ansiedade e estresse. (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006).

O desenvolvimento de estratégias para domínio do carcinoma depende da abordagem em problemas que afetam desde os mecanismos de formulação das políticas de saúde até mobilização social, organização e o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde (VICENT, 2008).

A notícia de que a criança tem câncer ocasiona uma desestruturação na família que anteriormente tinha tudo possível. A criança deixa, temporariamente, de realizar atividades que fazem parte do seu mundo, como ir à escola, brincar e conviver com seus amigos, e seu universo passa a ser o tratamento, as rotinas, as consultas e o hospital (AVANCI et al., 2009).

A principal meta da assistência à criança hospitalizada deve ser centrada na família, uma vez que esta é considerada a unidade primária do cuidado, bem como peças-chave capazes de facilitar todo o processo que envolve este cuidar (MARANHÃO et al., 2011).

Quando a comunicação entre os profissionais de saúde e a família é eficaz, há redução da ansiedade dos pais e maior propensão para seu envolvimento, o que favorece a adesão aos tratamentos (MELO et al., 2014)

A enfermagem tem o papel de minimizar as influências e promover assistência humanizada, estabelecer vínculo de confiança, amizade, empatia, fazer com que o paciente se sinta dentro do processo, é um cuidado além da técnica, considerando a dimensão humana (AMADOR et al., 2011).

Difícilmente existe outra patologia que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios, o choque do diagnóstico, o medo de cirurgias, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o medo da dor e de encarar a morte indigna (SILVA et al., 2009, p. 336).

Muitas vezes, a terapêutica da criança exige a internação hospitalar, decisão que deve ser tomada apenas em necessidades extremas, pois os efeitos da hospitalização já foram descritos e podem provocar desestruturação emocional da criança. A hospitalização da criança pode envolver situação de estresse e ansiedade, e ao mesmo tempo, a oportunidade para o enfermeiro, família e criança desenvolverem o vínculo necessário para o processo de ensino e aprendizado (FIGUEIREDO et al., p.2136).

O cuidar em oncologia pediátrica requer recursos materiais e terapêuticos específicos, uma equipe atenta para o que permeia o universo infantil. Exige responsabilidade, compromisso, preparo adequado e sensibilidade para cuidar de crianças (AMADOR et al., 2011).

Os profissionais que atuam em condição de doença e hospitalização devem ter a preocupação de minimizar possíveis fatores estressores, criando um ambiente de cuidado mais coerente com as características à faixa etária e com as peculiaridades do paciente e da família (FIGUEIREDO et al., vol.2, p. 2137).

É necessário compreender o sentido do cuidado, com atenção especial ao universo da criança, preservando as etapas de desenvolvimento da infância para agradar suas necessidades em troca do bem-estar (SANTOS et al., 2013).

O cuidado deve ser baseado em um conjunto de sentimentos humanos universais como bondade, interesse e prática do amor pelos outros, assim o enfermeiro se torna capaz de conectar-se ao outro (BORDIN, 2008).

A sensibilidade faz o contato transcender o mundo físico e material, para integrar o mundo emocional e subjetivo. Acredita-se que mostrar sensibilidade aos sentimentos das crianças e familiares reflete a preocupação do profissional em compartilhar sentimentos de empatia e cuidado (SANTOS et al., 2013).

Escolher o momento certo exige do enfermeiro ter a sensibilidade para identificar quando um momento não é adequado para realizar determinado procedimento, principalmente por se tratar de uma criança. Mas, além disso, se tem a precisão de impor limites, com certa tolerância para não prejudicar a saúde da criança durante o tratamento (SANTOS et al., 2013).

Considerar o universo peculiar da criança para entendê-la reflete a preocupação de praticar um cuidado voltado para as necessidades da criança, considerando aspectos do desenvolvimento, para melhorar a compreensão e interação (SANTOS et al., 2013).

A criança quando está doente tem dificuldade para compreender o que está se passando com ela em relação à enfermidade e os procedimentos aos quais é submetida. Ela apresenta dificuldades em interagir com seu corpo doente. Uma das formas de ajudar a criança a entender o que está acontecendo, é o brinquedo terapêutico que funciona como liberador de ansiedade e permite revelar o que sente e pensa (RIBEIRO, SABATÉS, RIBEIRO., 2011).

Durante a administração de quimioterápicos a inclusão de brincadeiras e atividades lúdicas é indicada como parte das práticas de cuidado, visando o relaxamento e possibilitando ter algum controle sobre situação enfrentada. (JESUS et al., 2010)

Por meio do brincar o profissional de saúde pode compreender melhor os sentimentos da criança (ALMEIDA, 2005).

As estratégias criativas como os brinquedos devem ser utilizadas para tornar mínimos os efeitos da hospitalização e de outros atendimentos ambulatoriais, como preconiza a resolução do COFEN 295/2004 em seu artigo 1º: “compete ao

enfermeiro [...] a utilização da técnica do brinquedo terapêutico, no auxílio à criança e a família” (SOUZA, 2012).

Algumas instituições possuem atividades como recreação, televisão, brinquedoteca com atividades desenvolvidas por profissionais como pedagogos e terapeutas ocupacionais (SOUZA, 2012).

A recreação é necessária para que a criança continue a exercer destrezas, coordenação dos movimentos, aumento das sensibilidades táteis e sensoriais. A recreação apresenta ainda uma importante contribuição para a diminuição do estado de ansiedade e angústia (ALMEIDA et al., 2005).

É importante que a equipe de enfermagem conheça os sentimentos manifestados pelas crianças em terapêutica, vistos que os efeitos que acarretam a fim de nortear a conduta para um amparo que atenda as necessidades biológicas e psicológicas (SOUZA, 2012).

O tratamento contra o câncer é difícil e a cura depende de procedimentos dolorosos, que causam desconforto e sofrimento (COSTA; LIMA, 2002).

Nesse sentido, as agulhas constituem o principal alvo de reclamação das crianças, os cateteres de longa permanência podem amenizar o desconforto com os procedimentos, os mesmos são vistos como traumáticos e com reflexo de aflição mediante o tratamento (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Por isso a importância de explicar as crianças os procedimentos antes de realiza-los, para que diminua a angústia. Estimular a colaboração através da conversa permitindo que a criança expresse e tome decisões que facilitem o procedimento, amenizando o medo, oferecendo melhor suporte da dor fazendo com que se sintam valorizadas (PONTES; KURASHIMA, 2009).

A relação entre o profissional e a criança é o que constitui o método de preocupar-se, integrando técnica, intuição, comunicação e sensibilidade. A atuação baseia-se no relacionamento interpessoal, com ênfase na criança, família e equipe. Deve-se ofertar cuidado merecido ao ser humano independentemente do seu estado (DIEFENBACH, DENARDINI, MOTTA, 2012).

A comunicação é considerada instrumento fundamental para o cuidado integral e humanizado, porque por meio dela que é possível reconhecer e acolher as necessidades do paciente. Quando subsidiada por uma afinidade de sentimento, atitude, cooperação e sensibilidade, esse instrumento é importante para impulsionar a relação entre enfermeiro e criança com câncer (MULLAN; KOTHE, 2010).

A comunicação é um veículo para o estabelecimento de uma relação de confiança, o enfermeiro ao prestar seu auxílio ao paciente, atender as suas necessidades e se fortalece diante do enfrentamento de perdas, de doença, incapacidade e morte. Esse fortalecimento vem do cuidado, pela promoção do conforto, alívio da aflição e da preservação da autoestima do paciente e seus familiares (BUISAN; DELGADO, 2007).

Deve-se preservar a integridade física, moral, emocional e espiritual de uma criança em cuidados paliativos por meio de cuidados objetivos e flexíveis (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Os cuidados paliativos constituem em um cuidado diferenciado, destinado a melhorar a condição de vida do paciente com doença avançada sem probabilidade de cura, por meio de avaliação e tratamento adequados para alívio da dor dos sintomas (FRANÇA et al., 2013).

É essencial que o enfermeiro estabeleça um relacionamento franco e aberto com a criança, e assim desenvolver o amparo em toda a sua plenitude, com base nos cuidados paliativos, pautados na demonstração de afetuosidade e atenção (FRANÇA et al., 2013).

O olhar silencioso ou a presença física sugere certo grau de intersubjetividade que assegura o reconhecimento do cuidado por parte daquele que o recebe. Para que o enfermeiro seja mais consciente e possa explorar o atender de modo pleno (CHICO; NASCIMENTO; CASTANHEIRA; LIMA, 2010).

Conhecer a moléstia e a terapêutica dos portadores de câncer é essencial para o planejamento de ações que visem o atendimento adequado para suas indigências. As estratégias são necessárias para o tratamento, como implementação de medidas preventivas e de proteção de agravos, diagnóstico precoce de complicações do tratamento, diminuição do risco de sequelas, oferecer reabilitação física, psíquica e social e condições dignas para o cuidado integral a criança com ou sem a possibilidade de cura (COGNIN; FERREIRA, 2003).

CONCLUSÃO

O cuidar em enfermagem é um processo de relação mútua entre seres humanos. Nessa relação à comunicação apresenta-se como eixo para o seu

desenvolvimento como um dos instrumentos mais relevantes nos cuidados paliativos.

Neste estudo o referencial teórico utilizado propiciou o alcance do objetivo proposto, visto que, no envolvimento do cuidado com o próximo a teoria humanística de enfermagem propõe uma relação de confiança, que confere o significado único ao ser humano, anunciante da condição de ser, da permanência e do grau de presença dele nos outros, em um processo de interação humana que respeita a singularidade de cada um nas relações que envolvem cuidado.

A demonstração de afetuosidade, de atenção e de sensibilidade em estar com o outro, por meio da comunicação verbal e não verbal com crianças acometidas de câncer e que vivenciam o fim da vida.

A comunicação é um instrumento terapêutico entre eles e as crianças, para que possa lhes ajudar a entender as informações sobre a doença e a ter mais controle psicológico na situação vivenciada.

Assim a importância da equipe de enfermagem, por ter contato direto com a criança no período de internação hospitalar, ambulatorial e procedimento de quimioterapia, incluir brincadeiras em conjunto com as orientações e não apenas focar na assistência e orientações nas questões relacionadas à doença e tratamentos, visando não somente a possibilidade de descontração, mas também uma estratégia para ela se expressar, deve ser realizado pelo enfermeiro.

A subjetividade das ações de cuidado envolve um olhar para as interações humanas, que estar em constante mudança, exigindo preparo e reflexão crítica dos profissionais que promovem os momentos de cuidado.

Este estudo abre essa possibilidade a partir do conhecimento e da percepção do enfermeiro no cuidado às crianças e às famílias que vivem a experiência do câncer. Trata-se de um convite a reflexão e uma proposta de mudar o jeito de pensar, através da valorização e da percepção do outro e de si mesmo na relação de cuidado.

Este estudo trouxe-nos um novo conhecimento em relação ao cuidado e que, sem dúvida, trará grandes benefícios aos nossos futuros clientes e famílias, alvo das ações de cuidar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. L., et al. **Câncer e Agentes Antineoplásicos Ciclo-celular Específicos e Ciclo-celular Não Específicos que Interagem com o DNA: Uma Introdução.** Quim. Nova, vol 28, No 1, 2005, p. 118-129.
- AMADOR, D. D., et al. **Concepção dos Enfermeiros Acerca da Capacitação no Cuidado à Criança com Câncer.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011, p. 94-101.
- AVANCI, B.S ., et al. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação de viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermagem.** Esc Anna Nery: Rev Enfermagem. 2009, p. 708
- AZEVEDO, M. C. C. V., et al. **Crianças e Adolescentes com Câncer Cadastrados nas Casas de Apoio.** Rev. Enferm. UFPE on line, Recife, 2014, p. 654-660
- BRAGA, E. B; LATORRE, M. R. D. O; CURADO, M. P. **Câncer na Infância: Análise Comparativa da Incidência, Mortalidade e Sobrevida em Goiânia (Brasil) e Outros Países.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002, p. 33-44.
- DIEFENBACH, F ; DENARDINI, G ; MOTTA, Maria G. Corso. **O cuidar em enfermagem: Família e criança com dor oncológica.** Cogitare Enfermagem, vol 17, núm 3, 2012. pp. 458-463
- DUARTE, M L. C ; NORO, A. **HUMANIZAÇÃO: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem.** Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. 2010. p 685
- FILHO, V. W., et al. **Perspectivas da Investigação Sobre Determinantes Sociais em Câncer.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008, p. 427-450.
- FRANÇOSO, L P C. **Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica.** Ver. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v 4, n 3, 1996. p 41,48.
- GOMES, I. P., et al. **Do Diagnóstico à Sobrevivência do Câncer Infantil: Perspectiva de Crianças.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013, p. 671-679.
- HAMERSHLAK,N., et al. **Estudo do Tratamento de Leucemia Mieloíde Aguda com o Transplante de Medula Óssea- A Experiência Brasileira.** Ver. Bras. Hematol. Hemoter, 2006, p. 11-18.
- HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, publicado em 04/12/2009, disponível em {<http://www.einstein.br/especialidades/oncologia/exames-tratamentos/cirurgia-oncologica>} acesso em 20/05/2018.
- INCA- MINISTÉRIO DA SAÚDE, publicado em 1993, disponível em {http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98} acesso em 16/05/2018.

Lorencetti A; Simonetti A. P. **As Estratégias de Enfrentamento de Pacientes Durante o Tratamento de Radioterapia.** Rev Latino-am Enfermagem, 2005, p. 944-950.

MARANHÃO, T. A., et al. **A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores.** J Health Sci Inst. 2011. p. 106-9

MELO, E. M. O. P., et al. **Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014. p 432-9

MONTEIRO, A., et al. **O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol 16, n 4, Rio de Janeiro. 2012. p. 741-746.

MOTTA, A. B; EMUNO, S. R. F. **Brincar no Hospital: Estratégia do Enfrentamento da Hospitalização Infantil.** Psicologia em Estudo, v. 9, n. 1, Maringá, 2004, p. 19-28.

OLER, F. G; VIERA, M. R. **O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada.** Arq. Ciência Saúde. 2006. p 192-197

PONTES, L; GUIRARDELLO, E.B; CAMPOS, C. J. G. **Demandas de Atenção de Paciente na Unidade de Transplante de Medula Óssea.** Rev. Esc. Enferm. USP, 2007, p. 154-160.

RODRIGUES, K. E; CAMARGO, B. **Diagnóstico Precoce do Câncer infantil; Responsabilidade de Todos.** Rev. Assoc. Med. Bras, 2003, p. 29-34

SANTOS, M. R., et al. **Desvelando o Cuidado Humanizado: Percepções de Enfermeiros em Oncologia Pediátrica.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013, p. 646-653.

SILVA, F. A. C ., et al. **Representação do processo do adoecimento de crianças e adolescentes oncológicas junto aos familiares.** Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem, 2009. p 334-41

SOUZA, L. P. S., et al. **Câncer Infantil: Sentimentos Manifestados por Crianças em Quimioterapia Durante Sessões de Brinquedo Terapêutico.** Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste, vol. 13, núm. 3, Fortaleza, 2012, p. 686-692.

TEIXEIRA, R. P., et al. **A família da criança com câncer: percepções de profissionais de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica.** Ciencia Cuidado Saúde. 2012. p 784-791.