

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

JÉSSICA MORETTI VILPERT

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
HOSPITALIZADOS NA ONCOPEDIATRIA**

CRICIÚMA

2018

JÉSSICA MORETTI VILPERT

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
HOSPITALIZADOS NA ONCOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense - UNESC para a
obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^a MSc. Paula Ioppi Zugno
Coorientadora: prof^a Dr. Cristiane Damiani
Tomasi

JÉSSICA MORETTI VILPERT

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS
NA ONCOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel, no Curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em oncologia pediátrica.

Criciúma, 03 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA


Profª Paula Ioppi Zugno – MSc – UNESC - ORIENTADORA


Profª Izabel Scarabelot Medeiros – MSc – UNESC - AVALIADORA


Profª Maria Salete Salvaro – MSC - UNESC - AVALIADORA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes do setor de oncologia pediátrica, que diariamente lutam pelo combate ao câncer infantil.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me prover coragem diariamente a cada novo desafio, por fortalecer minha fé e iluminar o caminho do autoconhecimento na busca da realização dos meus sonhos.

A minha mãe e avós maternos que me proporcionaram tantas oportunidades e sempre confiaram e apoiaram as minhas decisões. Ao meu namorado por toda paciência e compreensão. Aos familiares, amigos e pessoas queridas que sempre compreenderam e estiveram presentes em todos os momentos, principalmente os mais difíceis, e são tão importantes em minha vida.

Gostaria de agradecer ao Hospital São José por abrir suas portas e possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer aos meus admiráveis professores do curso de enfermagem da Unesc que sempre me guiaram por estes cinco anos de graduação, sendo ótimos exemplos de profissionais. Agradeço principalmente a minha orientadora professora Paula e Coorientadora professora Cristiane, por transmitirem seus conhecimentos e me orientarem durante este período.

Enfim, quero agradecer à todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão desse sonho: muito obrigada!

“Amai, porque nada melhor para a saúde que um amor correspondido.”

– Vinicius de Moraes.

RESUMO

TEMA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA ONCOPEDIATRIA

Pesquisa com objetivo de descrever os achados clínicos e sociodemográficos das crianças hospitalizadas na oncopediatria. Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e transversal. O estudo foi desenvolvido em um hospital de grande porte do sul de Santa Catarina. Realizado a pesquisa através dos prontuários dos pacientes com idade entre zero a dezessete anos completos, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Para a análise estatística dos dados foi elaborada uma planilha eletrônica e organizado um banco de dados a partir da pesquisa. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, etnia branca, com idade entre 1 a 5 anos. Em relação ao diagnóstico de câncer infantil, os principais foram as leucemias, seguido por tumores do sistema nervoso central. Alguns dos pacientes apresentavam outras comorbidades ou complicações, como crise convulsiva e anemia. Grande parte dos pacientes tiveram mais de uma internação, utilizando como principal meio de tratamento a quimioterapia e tratamento combinado. Quanto a dor dos pacientes, as que foram encontradas com maior prevalência foram as dores abdominais, dor de cabeça e dor na boca. Os principais sinais e sintomas encontrados nos prontuários dos pacientes foram a febre, palidez, vômito, náusea e abdome distendido. Em relação aos efeitos colaterais os pacientes apresentaram mucosite, náusea, vômito e diarreia. Os principais cuidados de enfermagem foram a administração de medicamentos, sinais vitais, cuidado com AVC/portocath, controle de diurese e curativo. O estudo proporcionou um amplo conhecimento sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes. Conclui-se que conhecer esta realidade é importante para aprimorar o olhar clínico dos profissionais para o manejo da doença e seus cuidados bem como para fortalecer a atuação do enfermeiro em espaços como os setores oncológicos.

Palavras Chaves: Pediatria; Prontuário; Neoplasias; Diagnóstico.

ABSTRACT

THEME: SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF CHILDREN HOSPITALIZED IN ONCOPEDIATRIA.

Aimed at describing the clinical and sociodemographic findings of hospitalized children in oncopediatrics. Quantitative, descriptive and cross-sectional research. The study was developed in a large hospital in the south of Santa Catarina. The study was carried out through the medical records of patients aged between zero and seventeen complete years, from January 2015 to December 2017. For the statistical analysis of the data, a spreadsheet was elaborated and a database was created based on the research. The results of the research demonstrated that the majority of the patients were white males, aged between 1 and 5 years. Regarding the diagnosis of childhood cancer, the main ones were leukemias, followed by tumors of the central nervous system. Some of the patients had other comorbidities or complications, such as seizures and anemia. The vast majority of patients had more than one hospitalization, using chemotherapy and combined treatment as their main means of treatment. As for the patients' pains, the most prevalent ones were abdominal pain, headache and mouth pain. The main signs and symptoms found in patients' records were fever, paleness, vomiting, nausea, distended abdomen. Regarding the side effects, the patients presented mucositis, nausea, vomiting and diarrhea. During the research, several nursing care was found, with the main ones being medication administration, vital signs, stroke/portocath care, diuresis control and dressing. The study provided a broad knowledge of the sociodemographic and clinical profile of the patients. It is concluded that knowing this reality is important to improve the clinical view of the professionals for the management of the disease and its care as well as to strengthen the performance of the nurse in spaces such as the oncology sectors.

Keywords: Pediatrics; Record; Neoplasms; Diagnosis

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente vascular encefálico
AVP – Acesso venoso periférico
AVC – Acesso venoso central
EPI's – Equipamentos de proteção individual
HGT - Hemoglicoteste
HIV –vírus da imunodeficiência humana
IML – Instituto médico legal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
ITU – Infecção do trato urinário
LLA – Leucemia linfoblástica aguda
LMA – Leucemia mieloide aguda
LNH – Linfoma não – hodgkin
LH – Linfoma hodgkin
MCD – Doença de castleman multicentrica
MMII – Membros inferiores
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAM – Pressão arterial média
PIC – Pressão intracraniana
PH –Potencial hidrogênico
SINAN – Sistema de informação de agravos de notificação
SNC – Sistema nervoso central
SNE – Sonda nasoentérica
SNG – Sonda nasogástrica
SVA – Sonda vesical de alívio
SVD – Sonda vesical de demora
TOT – Tubo orotraqueal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação do perfil sociodemográfico dos participantes.....	27
Tabela 2 – Relação da alimentação, sono e eliminação dos participantes.....	28
Tabela 3 – Relação dos diagnósticos dos participantes.....	30
Tabela 4 – Relação de outras comorbidades e complicações apresentadas pelos dos participantes.....	35
Tabela 5 - Relação de internação, tipo de tratamento e evolução do caso.....	37
Tabela 6 – Relação de escala de dor.....	39
Tabela 7 – Relação da avaliação dos sintomas dos participantes.....	41
Tabela 8 – Relação dos efeitos colaterais das medicações.....	44
Tabela 9 – Relação dos cuidados de enfermagem.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 CÂNCER INFANTIL	7
2.2 LEUCEMIA	7
2.2.1 LINFOMAS	8
2.2.3 NEUROBLASTOMA	9
2.2.4 TUMOR DE WILMS	10
2.2.5 SARCOMA	10
2.2.6 TUMORES ÓSSEOS	11
2.2.7 RETINOBLASTOMA	12
2.3 TRATAMENTO DO CÂNCER	12
2.3.1 QUIMIOTERAPIA	13
2.3.2 RADIOTERAPIA	13
2.3.3 CIRURGIA	14
2.3.4 CUIDADOS PALIATIVOS	14
2.3.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	15
3 MÉTODO	16
3.1 TIPO DE ESTUDO	16
3.2 LOCAL DO ESTUDO	16
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	16
3.4 LEVANTAMENTO DE DADOS	17
3.4.1 Critério de inclusão	17
3.4.2 Critério de exclusão	17
3.5 AMOSTRA.....	17
3.6 COLETA DE DADOS	18
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	18
4- RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	20
4.2 ALIMENTAÇÃO, SONO E ELIMINAÇÃO.....	23
4.3 DIAGNÓSTICO	24

4.4 OUTRAS COMORBIDADES E COMPLICAÇÕES.....	30
4.5 INTERNAÇÃO, TIPO DE TRATAMENTO, ALERGIAS E EVOLUÇÃO DO CASO	31
4.6 DOR	34
4.7 SINAIS E SINTOMAS.....	36
4.8 EFEITO COLATERAL DA MEDICAÇÃO.....	39
4.9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	41
5 CONCLUSÃO	46
6 REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	54
APÊNDICE A	55
ANEXOS	57
ANEXO A.....	58

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de doenças com o crescimento desordenado das células, que invadem tecidos e órgãos, podendo ocorrer metástase para outras partes do corpo. As causas do câncer podem ser diversas, podendo ser externas ou internas ao organismo ou estarem inter-relacionadas (AMADOR et al, 2011).

O câncer é considerada uma doença genética, pois ocorre por alterações dentro dos genes que realizam uma rápida multiplicação descontrolada, na grande parte dos casos o câncer infantojuvenil não é considerado hereditário (INCA, 2014).

No Brasil o câncer pediátrico é considerado a principal causa de morte entre crianças e adolescentes. Nos anos de 2009 e 2013 foi responsável por aproximadamente 12% dos óbitos em pessoas com faixa etária de 1 a 14 anos e 8% de 1 a 19 anos. No ano de 2014 foram registrado cerca de 2.724 óbitos por câncer infantojuvenil (INCA, 2017). A incidência de câncer infantil no sexo masculino é predominante ao sexo feminino, as leucemias são os tipos mais comuns em crianças menores de 15 anos, seguido por tumores de sistema nervoso central, linfomas, neuroblastoma, tumor de Wilms, tumores de partes moles, tumores ósseos e retinoblastoma (INCA, 2007; INCA, 2012).

O câncer pediátrico atualmente vem demonstrando um bom prognóstico de cura, com possível sobrevida em aproximadamente mais da metade dos casos. Pode-se dizer que o bom prognóstico vem ocorrendo em virtude do aumento dos estudos em relação a essa patologia, melhores tecnologias e um atendimento interdisciplinar, com base no atendimento humanizado (MONTEIRO et al, 2014).

Nas crianças e adolescentes o câncer não é o mesmo daquele observado nos adultos, tanto em relação à sua frequência quanto ao seu tipo histológico. O câncer infantil geralmente afeta as células do sistema hematopoiético e os tecidos de sustentação (SILVA, PIRES, NASSAR, 2002; INCA, 2017). O câncer pediátrico, tem um crescimento desordenado, é considerado mais agressivos, entretanto respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico, apresentando menores períodos de latência (MULTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

O Instituto Nacional do Câncer estima um aumento de 50%, cerca de 26 milhões de novos casos até o ano de 2030. No Brasil o câncer infantil já é considerado

a primeira causa de óbito, só no ano de 2013 ocorreram em média 2.835 mortes por esta patologia. Atualmente o diagnóstico e o tratamento já alcançaram grandes avanços, porém muitos casos ainda são diagnosticados tardiamente dificultando o tratamento e possível cura da doença (INCA, 2015).

Com as necessidades do cuidado preventivo, curativo e paliativo na oncologia pediátrica, é importante desenvolver uma assistência especializada, saber avaliar as condições dos pacientes, desenvolver um plano de cuidado individualizado e acompanhar o tratamento.

Diante dessas reflexões tem-se o seguinte problema de pesquisa:

- Qual o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e adolescentes hospitalizados na unidade de oncopediatria de um hospital de grande porte do sul de Santa Catarina?

Na referida pesquisa elencou-se como hipóteses do estudo:

- O tipo de câncer pediátrico mais comum é a leucemia, seguido de tumores do sistema nervoso central, linfomas, neuroblastoma, tumor de Wilms, tumores de partes moles, tumores ósseos e retinoblastoma.
- Crianças do sexo masculino tem maior incidência da doença do que crianças do sexo feminino.
- Os tipos de tratamento mais utilizados na oncopediatria são a quimioterapia e a radioterapia.
- Com a evolução do tratamento do câncer infantil a sobrevida está avançando.

Tem-se como objetivo geral: descrever os achados clínicos e sociodemográficos da criança com câncer hospitalizada na oncopediatria.

Elencou-se a partir do objetivo geral, os objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos pacientes na oncopediatria;
- Conhecer o tipo tumores dos pacientes na oncopediatria;
- Identificar os tipos de tratamento a que foram submetidas às crianças e adolescentes com câncer;
- Identificar o prognóstico das crianças e adolescentes atendidas na oncopediatria
- Identificar os sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes.
- Identificar os efeitos colaterais dos tratamentos oncológicos;
- Identificar os cuidados de enfermagem prestados a crianças e adolescentes

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER INFANTIL

O câncer infantil é grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais no organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas (INCA, 2018). Os tumores pediátricos, normalmente crescem desordenadamente e são mais agressivos, porém respondem melhor ao tratamento e podem ser considerados de bom prognóstico, apresentando menores períodos de latência (MULTTI, PAULA, SOUTO, 2010; SBP, 2017).

2.2 LEUCEMIA

As leucemias afetam crianças e adolescente com idade entre 1 a 19 anos. Crianças com faixa etária entre 1 e 9 anos podem ter um melhor prognóstico de cura, enquanto que as crianças com idade menor que 1 ano e maior que 10 anos geralmente são consideradas de alto risco. Geralmente crianças do sexo feminino apresentam maior chance de cura, com os avanços do tratamento este índice vem melhorado nos últimos anos. Crianças de etnia negra e hispânica geralmente apresentam menor taxa de cura (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

Hoje já se tem o conhecimento de que existe mais de um tipo de leucemias, podem ser divididas em agudas ou crônicas, dentre elas:

- **Leucemia linfóide aguda (LLA)** – A LLA tem início nas células da medula óssea. Aproximadamente 75% dos casos de leucemia infantil são por leucemia linfóide aguda.
- **Leucemia Mieloide Aguda (LMA)** – A LMA tem início nas células Mielóides, formação dos glóbulos vermelhos e brancos. A Leucemia Mieloide Aguda representa em média 25% das leucemias infantis.
- **Leucemia Híbrida ou Mista:** Este tipo de leucemia é considerada rara, as leucemias mistas apresentam as mesmas características que as LLA e LMA, geralmente tratada como LLA, pois responde melhor a esse tipo de tratamento (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

2.2.1 LINFOMAS

O Linfoma ocorre quando as células do sistema linfático se transformam em células malignas, afetando todo o sistema linfático com o crescimento desordenado (ABRALE, 2016). Os linfomas podem ser divididos em 3 subgrupos, sendo eles:

- **Linfoma linfoblástico** - Responsável por aproximadamente 25% a 30% dos linfomas que acometem crianças e adolescentes. A incidência em crianças do sexo masculino pode ser até duas vezes maior que em crianças do sexo feminino, até o momento ainda não se sabe o motivo. Geralmente a patologia se desenvolve a partir das células T, podendo ter um crescimento de forma acelerada. Como o linfoma tem início na região torácica, mais precisamente no mediastino, a criança ou adolescente pode apresentar dificuldades para respirar.

- **Linfoma de Burkitt** – Os linfomas de Burkitt apresentam uma amostra de aproximadamente 40% em crianças, sendo que acontece com maior frequência em meninos com idade entre 5 e 10 anos. Geralmente tem início no abdome, por esse motivo pode ocorrer dores de barriga, náuseas e vômitos, também pode ocorrer na região do pescoço. O linfoma de Burkitt geralmente tem um crescimento de forma rápida, sendo muito importante iniciar o tratamento o mais rápido possível (ABRALE, 2016).

- **Linfoma de Grandes Células** – Os linfomas de grandes células podem ter início em qualquer parte do corpo, sendo comum o diagnóstico em adolescentes. Esse tipo de linfoma pode ser dividido em dois subtipo:

- **Linfoma de Grandes Células Anaplásicas:** Esse tipo de linfoma tem um índice de aproximadamente 10% de todos os Linfomas não-Hodgkin em crianças, geralmente tendo início na pele, pulmões, ossos, sistema digestivo, entre outros órgãos.

- **Linfoma Difuso de Grandes Células B:** O linfoma Difuso de Grandes Células representa 15% dos linfomas em crianças, esse tipo de câncer geralmente tem início com uma massa de crescimento rápido na região torácica, mais precisamente no mediastino, abdome, pescoço e ossos (ABRALE, 2016).

- **Linfomas Não-Hodgkin** – Esse tipo de tumor tem sua classificação segundo o estadiamento (quantidade de doença existente no corpo). O mesmo é dividido em alguns estágios, sendo eles:

Estágio I – Quando existe apenas um grupo de linfonodos ou um órgão linfóide acometido.

Estágio II – Dois ou mais grupos de linfonodos no mesmo lado do diafragma.

Estágio III – Grupos de linfonodos em diferentes posições do diafragma, mais especificamente acima ou abaixo do diafragma.

Estágio IV – Quando apresenta linfonodos e metástase para outros órgãos, como: pulmões, fígado, ossos e/ou medula óssea (ABRALE, 2016).

2.2.2 TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Os tumores do sistema nervoso central ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com maior prevalência em crianças com 10 anos de idade. Estima-se que cerca de 8% a 15% das neoplasias pediátricas são representadas por esse tipo de tumor, sendo considerado o mais frequente tumor sólido na área da oncologia pediátrica. Os tumores do sistema nervoso central são responsáveis por cerca de 7,8% dos cânceres em crianças menores de 15 anos de idade, sendo o neuroblastoma o mais frequente. Esse tipo de tumor cerebral pode ter início em praticamente qualquer tipo de tecido ou células do cérebro, medula espinhal ou tipo celular misto. Esses tumores são localizados em diferentes locais da área do sistema nervoso central, por isso podem ter diferentes tipos de tratamentos e obter distintos tipos de prognósticos (INCA, 2017).

2.2.3 NEUROBLASTOMA

Neuroblastoma é um tipo de câncer que geralmente tem início nas células do sistema nervoso simpático, a grande maioria nos gânglios simpáticos da coluna, peito e pescoço. Diagnosticado com maior frequência nos bebês, sendo conhecido por ser um dos tumores mais frequentes em crianças de qualquer idade. Cerca de 90% de todos os neuroblastomas ocorrem em crianças com menos de cinco anos de idade. A causa da origem do câncer ainda é desconhecida. Em grande parte das

crianças o câncer já se espalhou para outros locais do corpo quando um médico é consultado. As taxas de sobrevivência para o diagnóstico precoce são de aproximadamente 90%, para crianças com diagnóstico tardio da doença a taxa pode ser considerada acima de 50% (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

2.2.4 TUMOR DE WILMS

O tumor de Wilms é um tipo de cancro que inicialmente aparece nos rins sendo o tipo mais comum em crianças, aproximadamente 90%. A maioria dos tumores de Wilms são unilaterais, sendo que cerca de 5% a 10% das crianças apresentam dois tumores no mesmo rim, e em média 5% das crianças apresentam tumor bilateral. O prognóstico do tumor de Wilms é bastante positivo, principalmente quando a doença é descoberta precocemente, antes que se reproduza por metástase a outras áreas do corpo. Os tumores Localizados são associados com uma taxa da cura para 8 de 10 pacientes (NEWS MEDICAL LIFE SCIENCE, 2015).

Os tumores de Wilms podem ser divididos por seu tipo histológico, sendo ele de histologia favorável, mesmo contendo células cancerígenas, sem apresentar formatos normais, e não apresenta células anaplásicas. Em média 9 de 10 tumores de wilms são considerados de histologia favorável, sendo que a chance de cura para o tumor com esse tipo de histologia é muito favorável. Tumor de Wilms com histologia desfavorável, é considerado um tipo de tumor que tende a ter células anaplásicas. Quanto maior a quantidade de células anaplásicas de um tumor, mais difícil fica a chance de cura para o mesmo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

2.2.5 SARCOMA

O sarcoma é um tipo de câncer que pode se desenvolver nos ossos e músculos. Os dois principais tipos são os sarcomas ósseos e os sarcomas de partes moles. Os sarcomas de partes moles podem se desenvolver a partir dos tecidos, como músculo, gordura, nervos, tecidos fibrosos, vasos sanguíneos ou tecidos profundos da pele, eles podem ser encontrados em qualquer parte do corpo, como cabeça, pescoço, tronco e órgãos internos, sendo mais comum nos braços e pernas. A grande

maioria dos sarcomas são denominados de carcinomas (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016). A porcentagem de diagnóstico para crianças menores de 15 anos é de aproximadamente 10%. A etiologia desse tipo de tumor é pouco conhecida. A sobrevivência dos pacientes é de aproximadamente 50% após 5 anos do diagnóstico, sendo que os tumores de extremidades tendem a ter um prognóstico melhor (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

2.2.6 TUMORES ÓSSEOS

Os tumores ósseos representam cerca de 10% dos tumores que acometem crianças e adolescentes, sendo o tumor de Ewing e o osteossarcoma mais frequente. Os tumores ósseos podem se originar diretamente no osso, mais conhecido como tumor ósseo primário ou se originar em outro local do corpo e se espalhar pelos ossos, sendo conhecido como tumor ósseo secundário. Diferente da maioria dos tumores em oncologia pediátrica, os tumores ósseos são mais comuns em adolescentes. O tumor ósseo pode ser correlacionado ao fator do crescimento. O osteossarcoma corresponde a 35% de todos os tumores ósseos, sendo mais comum na segunda década de vida, enquanto que o sarcoma de Ewing geralmente é encontrado em crianças menores de 10 anos. O osteossarcoma frequentemente é diagnosticado na porção distal do fêmur e proximal da tíbia, embora possa agredir outros ossos, como pelve, costelas e mandíbula (NEWS MEDICAL, 2012).

Hoje conhecemos diferentes tipos de câncer ósseos, sendo eles:

- **Tumor Ósseo Primário:** Esse tipo de câncer afeta diretamente as células do osso, mais conhecido como sarcoma. Os sarcomas são tumores que tem origem nas células dos tecidos conjuntivos, também conhecidos como tecidos de apoio do corpo.
- **Osteossarcoma:** Câncer primário que normalmente afeta crianças e adolescentes com idade de 5 a 20 anos. Sendo considerado o terceiro tipo de câncer mais comum na área da oncopediatria (NEWS MEDICAL, 2012).
- **Osteoblastos:** Câncer que geralmente afeta ossos de formato grande, como o fêmur ou tíbia. Geralmente tem início nas extremidades dos ossos.
- **Sarcoma de Ewing:** Tipo de tumor que afeta crianças e adolescentes com idade média entre 10 a 20 anos. Raramente detectado na população africana e

asiática, sendo mais comum em pessoas do sexo masculino, com uma incidência em média de 1,5/1 comparado a pessoas do sexo feminino. Comumente encontrado em ossos da coxa, canela, pelve ou quadril.

- **Tumor ósseo secundário:** Tumor que geralmente tem origem em outro local do corpo, se espalhando para os ossos. Os locais mais comuns de ocorrer metástase são de mama, pulmão, próstata, rim e tireóide, porém em crianças é mais comum se originar a partir do tumor de Wilms e do neuroblastoma (NEWS MEDICAL, 2012).

2.2.7 RETINOBLASTOMA

O retinoblastoma é responsável por cerca de 2% a 4% dos tumores infantis, sendo mais comum em crianças com idade entre zero a três anos. Segundo a estatística a cada 14 mil crianças, uma pode nascer com o retinoblastoma. O retinoblastoma bilateral frequentemente é diagnosticado no primeiro ano de vida, já o unilateral é mais comum acontecer por volta do segundo ano de vida da criança. Esse é o tipo de câncer de olho mais comum em crianças. Geralmente acontece por uma mutação no gene Rb ou RB1. Aproximadamente 30% dos retinoblastoma acontecem por alteração no gene RB1. O retinoblastoma hereditário ocorre apenas em um olho, geralmente diagnosticado em crianças com idade mais avançada (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2015).

2.3 TRATAMENTO DO CÂNCER

As principais formas de tratamento do câncer são por meio da quimioterapia, radioterapia e cirurgia, sendo eles conjugados ou não. Pode-se considerar um tratamento difícil por necessitar especificamente do comprometimento e disposição do paciente, muitas vezes sendo necessário a internação prolongada (INCA, 2017).

O tratamento do câncer infantil envolve não somente os pacientes, mas também a família e amigos, muitas vezes acaba gerando mudanças sociais e econômicas para as famílias (RECH, SILVA, LOPES, 2013).

2.3.1 QUIMIOTERAPIA

As quimioterapias podem ser administradas isoladamente (monoquimioterapia) ou em combinação com outro tratamento (poliquimioterapia), a poliquimioterapia apresenta resultados mais eficazes, consegue maior resposta a cada administração, diminui o risco de resistência às drogas e geralmente consegue atingir as células em diferentes fases do ciclo (INCA, 2015). O tipo de quimioterapia utilizado para os tratamentos pode variar de acordo com o tipo de tumor, localização e estágio da doença. O tratamento com os quimioterápicos pode apresentar mais de uma finalidade (INCA, 2015).

- **Quimioterapia curativa:** Tem finalidade de cura, podendo ou não estar relacionada com a radioterapia ou cirurgia.
- **Quimioterapia adjuvante:** Procedimento realizado após cirurgia curativa, com o objetivo de prevenção da metástase próximo a área do tumor.
- **Quimioterapia neoadjuvante:** Procedimento realizado com a finalidade de redução parcial do tumor, preparação para o procedimento de radioterapia ou cirurgia, em alguns casos utilizado como forma de tratamento paliativo (INCA, 2015).

2.3.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia é um tipo de tratamento local e/ou locorregional para tratamento do câncer, com utilização de diferentes equipamentos e técnicas com a finalidade de irradiar diferentes áreas do organismo humano (INCA, 2011). Esse tipo de tratamento vem sendo cada vez menos utilizado para tratamento do câncer pediátrico, por acarretar efeitos colaterais tardios durante o desenvolvimento das crianças e adolescentes.

- **Radioterapia curativa:** Utilizada com finalidade de cura do paciente.
- **Radioterapia pré-operatória (RT prévia ou citorrredutora):** Procedimento realizado antes da cirurgia, com a finalidade de reduzir o tumor e assim facilitar o procedimento operatório.

- **Radioterapia paliativa:** Tem o objetivo de realizar o tratamento local do tumor primário ou da metástase do tumor, sem ter influência sobre vida dos pacientes. Esse tipo de tratamento pode ser utilizado como radioterapia analgésica e anti-hemorrágica.
- **Radioterapia analgésica:** Radioterapia paliativa com a finalidade de reduzir a dor do paciente.
- **Radioterapia anti-hemorrágica:** Tratamento paliativo com o objetivo de controlar os sangramentos (INCA, 2011).

2.3.3 CIRURGIA

A cirurgia oncológica pode ser utilizada para prevenir, diagnosticar e tratar o câncer. O tratamento tem o intuito de aliviar o desconforto ou os problemas causados pelo tumor (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

O tratamento cirúrgico utilizado como forma curativa pode ser realizado em tumores novos ou sólidos. É considerado um tipo de procedimento radical, pois ocorre a remoção do tumor primário, sendo necessário uma margem de segurança (INCA, 2016).

2.3.4 CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidado paliativo é um método de tratamento que visa priorizar a qualidade de vida dos pacientes no enfrentamento de doenças que apresentam risco de vida, priorizando a prevenção e o alívio do sofrimento (INCA, 2012).

Este tipo de cuidado visa fornecer alívio no momento da dor e fatores estressantes que podem acometer o paciente, procurar integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao processo clínico, oferecer apoio para a família e paciente, auxiliar o paciente a viver o mais ativo possível até o momento de sua morte e saber identificar as necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e familiares (INCA, 2012).

2.3.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos no ambiente hospitalar, deve oferecer conforto, procurar diminuir a ansiedade, depressão e o medo, incentivar o paciente a expor seus sentimentos, reduzir e evitar riscos de infecção e hemorragia, evitar dor durante o tratamento, procurar manter o paciente hidratado, prevenir e evitar náuseas e vômitos, manter e melhorar a nutrição dos pacientes, estimular o apetite e auxiliar a adaptação da criança/adolescente e familiares. Esse tipo de cuidado é possível com um bom gerenciamento da assistência de enfermagem de forma efetiva e participativa (SILVA MEDC, et al, 2013).

Prestar cuidado para paciente do setor da oncologia pediátrica pode ser considerado desafiante, além de necessitar de recursos materiais e terapêuticos específicos do setor, também é necessário uma equipe de saúde especializada. Os profissionais que trabalham neste setor devem ter responsabilidade, compromisso, conhecimento e sensibilidade ao realizar o cuidado direcionado as crianças e adolescentes (AMADOR et al., 2011).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e transversal.

A pesquisa quantitativa, visa o pensamento positivista lógico, enfatizando o raciocínio objetivo, lógico e os atributos da experiência humana. (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004, p. 201). As amostras quantitativas geralmente são grandes e os resultados são um retrato real da população alvo da pesquisa, é considerado que a pesquisa quantitativa tem bases na linguagem matemática, com o intuito de descrever causas de um fenômeno, relações das variáveis, entre outros. Nesse tipo de pesquisa é considerado a possibilidade de quantificação em tudo, traduzindo em números as informações e as opiniões obtidas com o propósito de relacionar e analisar o objeto do estudo em questão, utilizando técnicas estatísticas (FONSECA, 2002).

A pesquisa quantitativa apresenta características de o pesquisador ter envolvimento com o objeto da pesquisa de forma objetiva e neutra, controle do experimento, os valores pessoais e as crenças não são levados em consideração referente ao estudo científico (GÜNTHER, 2006).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Pesquisa foi realizada em um hospital de grande porte do sul de Santa Catarina. O presente projeto só foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (Parecer 2.744.841/2018) e do hospital coparticipante (Parecer 2.822.049/2018).

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Foram analisados os prontuários de crianças e adolescentes com idade de zero a dezessete anos completos, diagnosticados com câncer infantil atendidos em um hospital de grande porte do sul de Santa Catarina no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

3.4 LEVANTAMENTO DE DADOS

Inicialmente foi solicitado autorização (carta de aceite) para a realização da pesquisa na instituição coparticipante e posteriormente o projeto de TCC foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC.

1º Momento: Conhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realizado a seleção intencional dos prontuários de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

3º Momento: Realizado a análise e interpretação dos dados.

3.4.1 Critério de inclusão

- Prontuários de crianças de zero a dezessete anos completos diagnosticados com câncer;
- Crianças e adolescentes que realizaram tratamento na Unidade Oncológica;
- Atendimento no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

3.4.2 Critério de exclusão

- Crianças e adolescentes sem diagnóstico de câncer infantil;
- Prontuário de crianças e/ou adolescentes com idade superior a 17 anos;
- Prontuários com atendimentos realizados em ano antecedente ou superior a 2015, 2016 e 2017.

3.5 AMOSTRA

A amostra foi constituída por prontuários de crianças e adolescentes com idade entre zero a dezessete anos completos diagnosticados com câncer infantil em um hospital de grande porte do Sul de Santa Catarina, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

3.6 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para realização da coleta de dados (apêndice A), foi desenvolvido pela acadêmica do curso de enfermagem, com o objetivo de conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e adolescentes atendidas no serviço de oncopediatria. Para a realização da coleta de dados foi utilizado os prontuários das crianças/adolescentes que foram atendidos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, levantando os seguintes dados: Iniciais do nome; sexo; data de nascimento; idade; escolaridade; escolaridade dos pais/responsáveis; religião; medidas antropométricas; etnia; naturalidade; residência atual; número de pessoas que residem na casa; tipo de moradia; se possui água tratada; alimentação; sono e repouso; eliminação urinária e intestinal; diagnóstico; outras comorbidades; internações; se possui alergia; tipo de tratamento; evolução do caso; se apresenta dor; principais sintomas; efeitos colaterais da medicação e cuidados de enfermagem.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para realização da análise estatística dos dados foi elaborado uma planilha eletrônica e montado um banco de dados. As variáveis qualitativas foram apresentadas com frequência absoluta e relativa, para a comparações entre grupos foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, ou teste exato de Fischer, conforme indicado. As variáveis quantitativas foram apresentadas com média e \pm desvio padrão, ou mediana e amplitude interquartil (AIQ), conforme indicado.

Para todas as análises o valor de $p < 0,05$ foi adotado para indicar diferença estatisticamente significativa. Para todas as análises estatísticas foi utilizado o *software* estatístico SPSS, versão 20.0.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A legislação vigente no Brasil sobre as questões éticas que envolvem pesquisas com seres humanos está contida na Resolução nº. 466/12 e Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos.

Para a realização da pesquisa foi utilizado um termo de confidencialidade, assegurando sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências da resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa em seres humanos tem por obrigação tratá-los com dignidade, respeito e proteger da vulnerabilidade.

A resolução citada acima apresenta as referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). Tem por objetivo assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, sujeitos da pesquisa e do estado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Na pesquisa foi utilizado um termo de confidencialidade (Anexo A), informando os objetivos, métodos e confidencialidade da pesquisa dos prontuários. Portanto, para realização do estudo foi considerada as normas da Resolução.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pesquisa com objetivo de descrever os achados clínicos e sociodemográficos das crianças hospitalizadas na oncopediatria. Com abordagem quantitativa, descritiva e transversal. O estudo foi desenvolvido em um hospital de grande porte do Sul de Santa Catarina. A pesquisa foi realizada através dos prontuários dos pacientes da clínica da oncologia pediátrica com idade de zero a dezessete anos completos, atendidas no ano de 2015 a 2017.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Durante a coleta de dados, foram analisados 113 prontuários, destes foram excluídos do estudo 63 que eram acima da idade considerada para o estudo ou não apresentavam o diagnóstico de câncer infantil. Assim, foram incluídos no estudo 50 prontuários respeitando os critérios de inclusão e exclusão da presente pesquisa. Destes, 60% (30) eram do sexo masculino e 40% (20) sexo feminino. Corroborando assim, com o pressuposto deste estudo. A faixa etária encontrada foi de 5 meses a 16 anos, sendo 68% (34) entre 5 meses a 10 anos, 32% (16) entre 11 a 16 anos.

Em relação à escolaridade, 36% (18) não foram alfabetizados por terem idade inferior a 5 anos, 20% (10) estavam cursando o primário, 34% (17) tinham o ensino fundamental incompleto, 6% (3) tinham ensino médio incompleto, 2% (1) o ensino fundamental completo e 2% (1) tinha o ensino médio completo.

Quanto à religião dos pais e pacientes, 60,4% (29) eram católicos e 29,2% (14) evangélicos, 4,2% (2) testemunha de Jeová, 4,2% (2) espírita, 2,2% (1) crente.

Sobre a etnia dos participantes, 92% (46) eram brancos, 6% (3) negros e 2% (1) pardos.

Sobre a relação da região de residência, 40,8% (20) residiam na região carbonífera, 40,8% (20) na região do extremo Sul e 18,4% (9) região de Laguna.

Quanto a moradia e número de pessoas que residem na casa, 81,8% (9) tinham moradia própria, 18,2% (2) casa alugada. 75% (12) de 1 a 4 pessoas que residiam na casa, 25% (4) de 5 a 8 pessoas que residiam na casa.

Tabela 1: Relação do perfil sociodemográfico dos participantes.

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	30 (60%)
Feminino	20 (40%)
Idade	
1 a 5	17 (34%)
6 a 10	15 (30%)
11 a 15	15 (30%)
16 ou mais	2 (4%)
menor de 1 ano	1 (2%)
Escolaridade	
Não alfabetizado	18 (36%)
Primário	10 (20%)
Fundamental incompleto	18 (36%)
Médio incompleto	3 (6%)
Médio completo	1 (2%)
Religião	
Católico	29 (60,4%)
Evangélico	14 (29,2%)
Espirita	2 (4,2%)
Testemunha de jeová	2 (4,2%)
Crente	1 (2,1%)
Etnia	
Branca	46 (92%)
Negra	3 (6%)
Parda	1 (2%)
Região de residência	
Região carbonífera	20 (40,8%)
Extremo sul	20 (40,8%)
Região de laguna	9 (18,4%)
Número de pessoas que residem na casa	
1 a 4	12 (75%)
5 a 8	4 (25%)
Moradia	
Própria	9 (81,8%)
Alugada	2 (18,2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Câncer é uma expressão grega que significa caranguejo. A mesma é utilizada para designar um conjunto de doenças com característica em comum. A

diferença ocorre de acordo com o órgão acometido e o tipo de tumor diagnosticado (INCA, 2011).

O câncer é um montante com mais de 100 doenças com o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos em diversas localizações do corpo (VICENZI et al., 2013). Estas células podem ser agressivas e incontroláveis, formando tumores quando ocorrer o acúmulo das células cancerosas (BRASIL, 2011).

A neoplasia infantil geralmente acomete as células do sistema sanguíneo, sistema nervoso e tecidos de sustentação. Nos adultos, é normal acometer as células epiteliais e apresentar mutações, geralmente decorrente de fatores ambientais, enquanto que no câncer pediátrico ainda não há estudos conclusivos sobre a influência de fatores ambientais (INCA, 2016).

O câncer infantil pode ser relacionado a fatores genéticos e hereditários. Dessa forma apresenta maior dificuldade quanto ao motivo da ocorrência da doença, métodos para evitar o tumor e efetivação do diagnóstico. Deve ser considerado que os sinais e sintomas podem ser inespecíficos do tumor relacionado e diferente dos tumores encontrados em adultos (BAUER et. al., 2015). O adoecimento causado pelo câncer geralmente não apresenta diferença das outras comorbidades diagnosticadas durante a infância. O câncer infantil pode acometer qualquer criança, apresentando exceção nos tipos de câncer hereditários (COUTO, OLIVEIRA, 2012).

No Brasil o câncer pediátrico representa cerca de 0,5% a 3%, sendo considerado a principal causa de morte em crianças e adolescentes. O câncer infantil tem maior incidência em crianças do sexo masculino, apresentando um maior número na faixa etária de 4 a 5 anos e entre 16 e 18 anos. Nos anos de 2009 a 2013 foram registrados cerca de 12% de óbitos em crianças com faixa etária de 1 a 14 anos e 8% entre as idades de 1 a 19 anos (INCA, 2016). Crianças e adolescentes de etnia branca geralmente apresentam maior probabilidade de terem diagnóstico de câncer infantil, sendo que crianças de etnia negra ou parda tendem a apresentar uma menor taxa de cura (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

4.2 ALIMENTAÇÃO, SONO E ELIMINAÇÃO

Quanto a alimentação, 94% (47) dos pacientes recebiam alimentação por via oral, 12% (6) via SNE e via oral, 10% (5) via SNG e via oral, 2% (1) gastrostomia.

Quanto ao sono e repouso 98% (49) não faziam uso de medicação para dormir, 2% (1) faziam uso de medicação para dormir.

Quanto a eliminação urinária, 56% (28) dos pacientes por eliminação espontânea, 40% (20) faziam uso de fralda, estes em sua maioria apresentavam idade inferior a 5 anos, 20% (10) sonda vesical de demora - SVD, 2% (1) fralda + papagaio, 2% (1) sonda vesical de alívio – SVA.

Quanto a eliminação intestinal, 58% (29) por eliminação espontânea, 42% (21) fralda.

Tabela 2: Relação da alimentação, sono e eliminação dos participantes.

Alimentação	N (%)
Via oral	47 (94%)
Sonda nasoenterica	6 (12%)
Sonda nasogastrica	5 (10%)
Gastrostomia	1 (2%)
Sono e repouso	
Com medicação	1 (2%)
Sem medicação	49 (98%)
Eliminação urinária	
Eliminação espontânea	28 (56%)
Fralda	20 (40%)
SVD	10 (20%)
SVA	1 (2%)
Papagaio	1 (2%)
Eliminação intestinal	
Espontânea	29 (58%)
Fralda	21 (42%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Crianças com diagnóstico de câncer geralmente apresentam falta de apetite que pode acarretar uma desnutrição proteico-calórica, podendo afetar a sobrevida e prognóstico dos pacientes. É normal ser observado nos pacientes a perda de peso associado com a diminuição de massa magra, podendo aumentar as chances

de risco de infecção e diminuir a resposta do tratamento, além de poder ocorrer a piora na qualidade de vida desses pacientes (ALA et al, 2012).

Alimentação do paciente oncológico tem como objetivo de garantir um bom estado nutricional e fortalecimento do sistema imunológico (HOSPITAL SAMARITANO, 2016).

Os pacientes em tratamento oncológico podem desenvolver inúmeros problemas, dentre eles pode ser destacado a desnutrição que pode ocorrer por fatores como a localização do tumor e tratamento que está sendo submetido, levando a ocorrer sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, constipação intestinal, disfagia, xerostomia e outros sintomas que podem acabar comprometendo o estado nutricional do paciente (ARAÚJO et al, 2012).

O paciente oncológico necessita ter uma avaliação nutricional adequada, pois se o mesmo apresentar uma nutrição deficiente pode ficar suscetível à infecções, acarretando internações hospitalares prolongadas, e obter menor resposta diante o tratamentos oferecido. Sendo assim é de suma importância identificar os sintomas que podem interferir na ingestão alimentar e realizar uma intervenção adequada diante do mesmo (ARAÚJO et al, 2012).

4.3 DIAGNÓSTICO

Quanto ao diagnóstico, 28% (14) dos pacientes foram diagnosticados com leucemia linfoblástica aguda, 12% (6) tumor do sistema nervoso central, 8% (4) leucemia Mieloide aguda, 8% (4) neuroblastoma, 6% (3) osteossarcoma, 6% (3) linfoma Não-Hodgkin, 6% (3) Rabdomyosarcoma, 6% (3) meduloblastoma, 4% (2) sarcoma de Ewing, 4% (2) linfoma anaplásico de grandes células, 4% (2) linfoma, 2% (1) tumor de retina, 2% (1) tumor de mama e inguinal, 2% (1) linfoma linfoblástico de células T, 2% (1) tumor de Castleman multicêntrico hialino vascular, 2% (1) tumor de Wilms, 2% (1) cisto hemorrágico, 2% (1) sarcoma pleomórfico, 2% (1) linfoma de Hodgkin, 2% (1) ganglioneuroblastoma, 2% (1) histiocitose de células Langerhans, 2% (1) sarcoma granulocítico.

Tabela 3: Relação dos diagnósticos dos participantes.

Diagnóstico	N (%)
LLA – Leucemia linfoblástica aguda	14 (28%)
Tumor do Sistema Nervoso Central	6 (12%)
LMA – Leucemia Mielóide Aguda	4 (8%)
Neuroblastoma	4 (8%)
Osteossarcoma	3 (6%)
Linfoma Não-Hodgkin	3 (6%)
Rabdomiossarcoma	3 (6%)
Meduloblastoma	3 (6%)
Sarcoma de Ewing	2 (4%)
Linfoma Anaplásico de Grandes Células	2 (4%)
Linfoma	2 (4%)
Retinoblastoma	1 (2%)
Tumor de Mama e Inguinal	1 (2%)
Linfoma Linfoblástica de Células T	1 (2%)
Castleman Multicêntrico Hialino Vascular	1 (2%)
Tumor de Wilms	1 (2%)
Cisto Hemorrágico	1 (2%)
Sarcoma pleomórfico	1 (2%)
Linfoma de Hodgkin	1 (2%)
Ganglioneuroblastoma	1 (2%)
Histiocitose de Células Langerhans	1 (2%)
Sarcoma Granulocítico	1 (2%)
Tumor de Burkitt	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Durante o diagnóstico do câncer infantil é possível observar reações como estresse e sofrimento psicológico nos pacientes e familiares (HILDENBRAND et al, 2011). Essas reações podem ser causadas por estresse da doença e do tratamento, mudança do ambiente familiar, pois parte do tratamento é realizado no ambiente hospitalar (KOHLSDORF, COSTA JUNIOR, 2012; SILVA, CABRAL, 2015).

Os achados da pesquisa corroboram com os pressupostos e com a literatura visto que segundo a estimativa os tipos de câncer mais incidentes no Brasil foram as leucemias (26%), seguido de tumores do sistema nervoso central (16%), linfomas (13,7%), seguido de neuroblastoma e retinoblastoma e (5 a 10%) tumor renal (INCA, 2017).

A leucemia é uma doença maligna que afeta os leucócitos (glóbulos brancos), na maioria dos casos não tem origem conhecida. A principal característica desta doença é o acúmulo de células jovens anormais, que fazem a substituição de células sanguíneas normais na medula óssea (INCA, 2016).

A LLA é responsável por cerca de 75% dos casos de leucemia infantojuvenil, sendo que atualmente 90% das crianças e adolescentes em tratamento conseguem à cura. A leucemia linfoblástica aguda ocorre quando os glóbulos brancos sofrem alterações e a multiplicação de uma maneira desordenada. Como a LLA é uma leucemia aguda, suas células doentes são aquelas consideradas jovens ou imaturas. Na LLA, o crescimento rápido e desordenado dessas células interfere na produção de todas as células sanguíneas. Sua evolução é bastante rápida, tornando fundamental que o diagnóstico seja precoce e o tratamento se inicie o quanto antes (ABRALE, 2016).

A leucemia mieloide aguda (LMA) são neoplasias malignas relacionadas as células hematopoiéticas. Em crianças com idade entre 0 a 15 anos a LMA representa 15% a 20% dos diagnósticos de leucemia aguda. Em crianças e adolescentes, a incidência anual é de aproximadamente 0,7 caso novo para cada 100.000 crianças com idade abaixo de 18 anos (SAÚDE, 2014).

O tumor do sistema nervoso central é considerado o segundo tipo de câncer mais frequente durante a infância. Este tipo de tumor e seu tratamento podem acarretar sequelas físicas, neuropsicológicas e neuroendócrinas. Durante a infância o diagnóstico geralmente acontece na primeira década da vida, sendo que em crianças menores de 2 anos as lesões tem incidência na região supratentorial (parte superior do cérebro), acima dos 2 anos geralmente é encontrado na região infratentorial (região inferior do cérebro). Doenças genéticas como a esclerose tuberosa, neurofibromatose, entre outras podem estar associadas ao risco de desenvolver um tumor de SNC (BLANEY SM et al, 2011).

O neuroblastoma é um tipo de tumor que se desenvolve nas primeiras células nervosas encontradas no embrião ou feto que esta em desenvolvimento. Aproximadamente 6% dos cânceres infantis são considerados neuroblastoma. É um tipo de tumor encontrado em bebês e crianças pequenas,

raramente acomete crianças com idade acima dos 10 anos (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

O osteossarcoma é considerado um tumor maligno de ossos com maior predominância durante a fase infantojuvenil. Ocorre com maior incidência em crianças e adolescentes do sexo masculino. Este tipo de tumor acomete ossos e partes moles, sendo mais predominante no úmero, tibia proximal e fêmur distal (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2012; SBC, 2016).

Os linfomas geralmente acometem as células do sistema *linfócito*, com início nos gânglios linfáticos e outros tecidos, também podem ser diagnosticado na medula óssea, entre outros órgãos. Os dois principais tipos de linfomas são os linfomas de Hodgkin e o linfoma Não –Hodgkin (American Câncer Society, 2016).

Linfomas não-Hodgkin fazem parte do grupo de tumores do sistema linfoide, o mesmo pode ter origem em diversos locais e manifestar diferentes comportamentos clínicos. Este tipo de tumor ocorre com maior frequência em pessoas do sexo masculino e de etnia branca (SBC, 2016).

Aproximadamente 60% dos casos de linfomas na fase infantojuvenil é de linfoma não – Hodgkin, sendo que as chances de cura são 60% a 90% dependendo das características clínicas de cada paciente. O linfoma não – Hodgkin acontece quando os linfócitos se transformam em células malignas e crescem desordenadamente pelo sistema linfático (ABRALE, 2016).

O linfoma de Hodgkin ocorre com maior frequência em, o LH acontece quando ocorre o crescimento desordenado dos linfócitos malignos, contaminando o sistema linfático. O linfoma de Hodgkin ocorre com maior frequência nos gânglios linfáticos do tórax, pescoço e axilas (ABRALE, 2016).

O linfoma anaplasico de grandes células faz parte do grupo de tumores Não – Hodgkin, apresenta cerca de 10% dos LNH encontrados em crianças, o mesmo pode ter início nos pulmões, pele, ossos, sistema digestivo, entre outros órgãos (ABRALE, 2016).

O linfoma linfoblástico de células T representa cerca de 1% dos linfomas. Geralmente acomete adolescentes e adultos jovens, com maior prevalência em pessoas do sexo masculino. Dependendo o quanto de medula óssea que esta

acometido, pode ser considerado um tipo de leucemia (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

O tumor de Burkitt faz parte da classe dos linfomas, o mesmo representa cerca de 40% dos linfomas encontrado em crianças, sendo mais frequente ocorrer em meninos com idade entre 5 e 10 anos. Geralmente tem início na parte abdominal, podendo gerar sintomas como a náusea, vômito e dor abdominal (ABRALE, 2016).

O retinoblastoma é um tumor maligno que se origina na membrana neuroectodérmica da retina, o mesmo é referente de 2% a 4% dos tumores malignos pediátricos. Geralmente acomete crianças com idade de 3 a 4 anos, cerca de 80% dos casos. É comum o diagnóstico desse tipo de tumor ocorrer por volta dos dois anos de idade. O retinoblastoma não tem predisposição de sexo ou etnia e o diagnóstico em crianças com idade acima dos seis anos é considerado raro. Este tipo de tumor pode ser considerado esporádico ou hereditário, podendo ser unilateral de 60% a 70% dos casos ou bilateral que corresponde a 15% dos casos (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2012).

Segundo a pesquisa realizada 2% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de retinoblastoma bilateral e nenhum apresentou diagnóstico de retinoblastoma unilateral.

O rabdomyossarcoma é considerado o tipo de sarcoma de tecidos moles com maior prevalência em crianças, representando aproximadamente 3% dos tumores diagnosticados durante a infância. Esse tumor se desenvolve nas células encontradas nos músculos responsáveis por controlar os movimentos do corpo (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

O meduloblastoma é um tumor cerebral que tem maior incidência em crianças com idade entre 0 a 4 anos, o mesmo apresenta picos agudos de ocorrência em crianças com idade inferior a 10 anos. O meduloblastoma é um tumor com pouca incidência na fase adulta, sendo que 75% dos casos são diagnosticados em crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos (SMEE et al, 2012, CBTRUS 2011; OSTROM et al, 2015).

O sarcoma de Ewing é um tumor ósseo maligno com grande incidência na infância. Na maioria dos pacientes o principal sintoma deste tipo de tumor é a

ocorrência de dor, alguns ainda podem apresentar tumor palpável e febre, fator que pode levar ao diagnóstico errado de osteomielite (SBC, 2016).

O tumor de Wilms pode acometer um dos rins, ou raramente ambos os rins. Acontece com maior frequência em crianças com idade de 3 e 4 anos. Este tumor é considerado responsável por cerca de 5% dos cânceres diagnosticados durante a infância (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

O câncer de mama é uma doença que acontece através da proliferação das células anormais da mama, este tumor pode realizar metástase para outros órgãos. Existe mais de um tipo de tumor de mama, o mesmo pode ter seu desenvolvimento rápido ou lentamente. O tumor de mama é considerado raro em pessoas com idade inferior a 35 anos, acima desta idade sua incidência tem maior prevalência, principalmente após os 50 anos (INCA, 2016).

A doença de Castleman é considerada rara, não um tipo de câncer e sim um distúrbio linfoproliferativo. Significa que ocorre o crescimento anormal das células encontradas no sistema linfático, este distúrbio é semelhante com os linfomas. A MCD geralmente atinge mais de um grupo de linfonodos. O diagnóstico em pessoas que contem o vírus do HIV pode ser considerado comum (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

O tratamento do castleman é o mesmo utilizado para doenças oncológicas, pode ser por meio de quimioterapia, corticosteroides, imunoterapia, radioterapia e cirurgia, o tratamento também pode ser realizado através de combinação com antivirais que ajudam na resposta terapêutica (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

O Ganglioneuroblastoma pode ser um tumor tanto maligno quanto benigno. Este tumor contém neuroblastos imaturos que podem crescer e se espalhar de forma anormal. O tratamento da maioria dos ganglioneuroblastomas são semelhantes aos do neuroblastoma (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

Histocitose de células de langerhans são considerados um distúrbio por realizar proliferação ou acúmulo das células do sistema monócito-macrófago com origem na medula óssea. O diagnóstico precoce é importante para poder adotar uma conduta correta quanto ao tratamento (MÁRIO JUNIOR et al, 2016).

O sarcoma granulocítico é um tipo de tumor extramedular que acomete as células granulocíticas imaturas. Geralmente surge como uma manifestação extramedular da LMA (YILMAZ AF, 2013).

4.4 OUTRAS COMORBIDADES E COMPLICAÇÕES

Quanto a outras comorbidades 60% (30) não apresentavam outras comorbidades, 10% (5) apresentavam crise convulsiva, 10% (5) anemia, 6% (3) hidrocefalia, 4% (2) adenomegalia, 4% (2) otite, 4% (2) hipertensão intracraniana, 4% (2) asma, 2% (1) amigdalite, 2% (1) hipertensão, 2% (1) priapismo, 2% (1) alargamento do mediastino, 2% (1) diabetes mellitus, 2% (1) infecção renal crônica, 2% (1) miopatia, 2% (1) HIV, 2% (1) depressão, 2% (1) AVC hemorrágico, 2% (1) edema agudo de pulmão, 2% (1) síndrome nefrótica, 2% (1) neoplasia benigna do tecido conjuntivo, 2% (1) intolerância a lactose, 2% (1) hipoacusia, 2% (1) osteomelite, 2% (1) estrabismo.

Tabela 4: Relação de outras comorbidades e complicações apresentadas pelos dos participantes.

Outras comorbidades e complicações	N (%)
Crise Convulsiva	5 (10%)
Anemia	5 (10%)
Hidrocefalia	3 (6%)
Adenomegalia	2 (4%)
Otite	2 (4%)
Hipertensão intracraniana	2 (4%)
Asma	2 (4%)
Amigdalite	1 (2%)
Hipertensão	1 (2%)
Priapismo	1 (2%)
Alargamento do mediastino	1 (2%)
Diabetes mellitus	1 (2%)
Infecção renal aguda	1 (2%)
Miopatia	1 (2%)
HIV	1 (2%)
Depressão	1 (2%)
Ave Hemorrágico	1 (2%)
Edema Agudo de Pulmão	1 (2%)
Síndrome Nefrótica	1 (2%)
Neoplasia Benigna do Tecido Conjuntivo	1 (2%)

Intolerância a Lactose	1 (2%)
Hipoacusia	1 (2%)
Osteomelite	1 (2%)
Estrabismo	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Segundo a pesquisa realizada através dos prontuários as principais comorbidades e complicações encontradas nas crianças e adolescentes do estudo foram a crise convulsiva, anemia e hidrocefalia.

A Crise convulsiva é um sinal de anormalidade no cérebro através das descargas elétricas anormais e excessivas dos neurônios, gerando manifestações clínicas súbitas. Essas descargas podem desencadear alterações como a perda da consciência, atividade motora anormal, distúrbios de comportamento, entre outros (SASIDARAN K, 2012).

A anemia acontece quando as hemoglobinas que são responsáveis por transportar o oxigênio começam a diminuir. Algumas vezes este quadro pode apresentar sintomas como fraqueza, cansaço e respiração ofegante (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2012).

A hidrocefalia é Caracterizado como o aumento da quantidade e pressão do líquido, levando a ocorrer uma dilatação dos ventrículos e compressão do tecido nervoso (SOUSA et al, 2012).

Algumas destas comorbidades, como o HIV, ou complicações como crise convulsiva e anemia podem atrasar ou dificultar o tratamento do câncer, devido a baixa imunidade que pode causar ao paciente e a recuperação de sua complicação durante o tratamento respectivamente.

4.5 INTERNAÇÃO, TIPO DE TRATAMENTO, ALERGIAS E EVOLUÇÃO DO CASO

Durante a pesquisa foi possível observar que 72% (36) tiveram mais de uma internação e 26% (13) não tiveram internações anteriores.

Quanto ao tratamento, 52% (26) dos pacientes recebiam quimioterapia, 28% (14) recebiam tratamento combinado, 6% (3) tratamento paliativo, 2% (1) recebiam radioterapia e 2% (1) cirurgia.

No que se refere as alergias 63,4% (26) não possuía alergia, 36,6% (15) possuíam alergia medicamentosa.

Sobre a evolução do caso 47,8% (11) estavam em tratamento, 30,4% (7) dos pacientes foram a óbito, sendo que eles apresentavam diagnosticado de LLA, LMA, tumor do SNC, osteossarcoma, linfoma linfoblástico de células T, sarcoma pleomórfico de alto grau e rabiomiossarcoma, consideradas as doenças mais agressivas desta pesquisa, 21,7% (5) realizavam tratamento em outro serviço.

Tabela 5: Relação de internação, tipo de tratamento e evolução do caso.

Internações	N (%)
Internações Anteriores	36 (72%)
Tratamento	
Quimioterapia	26 (52%)
Tratamento combinado	14 (28%)
Paliativo	3 (6%)
Radioterapia	1 (2%)
Cirurgia	1 (2%)
Alergia	
Alergia medicamentosa	15 (36,6%)
Evolução do caso	
Em tratamento	11 (47,8%)
Óbito	7 (30,4%)
Tratamento em outro serviço	5 (21,7%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Quimioterapia é um método que utiliza compostos químicos, chamados de quimioterápicos, utilizados para o tratamento de doenças causadas por agentes biológicos (INCA, 2014). No presente estudo, 52% dos pacientes recebiam tratamento de quimioterapia.

Os resultados da pesquisa corroboram com os achados da literatura, sendo que o tratamento oncológico pode ser realizado através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou por transplante de medula óssea. Em alguns casos o tratamento é realizado através de combinação com mais de uma modalidade (INCA, 2014).

A radioterapia por teleterapia acontece por meio da fonte irradiante que se posiciona externamente ao paciente, com uma certa distância dele (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2016). Segundo os resultados deste estudo 2% dos pacientes receberam radioterapia.

Para o tratamento do câncer pode ser utilizado mais de uma forma de métodos terapêuticos, com o intuito de alcançar maiores índices de cura, com menores perdas anatômicas e maior preservação da estética e funcionamento dos órgãos comprometidos, com menor toxicidade possível. A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos que podem ser utilizados antes ou depois do tratamento cirúrgico, com o objetivo de reduzir o volume do tumor e obter melhores condições de ressecção (terapia neoadjuvante), ou utilizado com o objetivo de complementar um tratamento cirúrgico, e controlar a doença microscópica (terapia adjuvante). A forma de tratamento por meio da terapêutica combinada não inclui necessariamente a cirurgia (BRASIL, 2016).

Neste estudo, 28% dos participantes recebiam tratamento combinado, incluindo cirurgia de gastrectomia e traqueostomia, toracotomia com drenagem pleural e metastasectomia pulmonar, ressecção de tumor retroperitoneal, ventriculostomia endoscópica e microcirurgia cerebral endoscópica, ressecção de TU cerebral, ressecção de TU rinofaringe e linfadectomia cervical.

O procedimento cirúrgico para tratamento curativo é indicado nos casos iniciais dos tumores sólidos. É considerado um tratamento radical, com remoção do tumor primário, levando em conta uma margem de segurança. A margem de segurança varia de acordo com a localização e o tipo do tumor. Ao contrário do tumor benigno em que a margem de segurança é considerada através do limite macroscópico, o tumor maligno exige uma ressecção mais ampla por obter um caráter de invasão microscópica (INCA, 2016). Segundo os resultados deste estudo 2% dos pacientes realizaram apenas tratamento cirúrgico de ressecção do tumor.

Quando a doença não responde a nenhum outro tipo de tratamento que objetive a cura a única alternativa é o cuidado paliativo. O cuidado paliativo é um tratamento utilizado para assegurar que o paciente tenha o máximo de conforto e qualidade de vida. O papel do enfermeiro visa proporcionar uma assistência de enfermagem garantindo o bem estar da criança através de uma assistência sistematizada e integral (GUIMARÃES, 2016; VIEIRA et al., 2016). Na presente pesquisa, 6% das crianças estavam em tratamento paliativo.

O câncer infantil já representa a principal causa de morte no País entre a população infanto-juvenil. Entre os anos de 2009 a 2013 atingiu um percentual de 12%

de óbito entre crianças de 1 a 14 anos, sendo que entre crianças e adolescentes com idade entre 1 a 19 anos teve um percentual de 8% (INCA, 2013; SAÚDE, 2017).

Segundo as estimativas o número de mortes por câncer vai continuar aumentando ao longo dos anos, é possível que chegue a 13,2 milhões de mortes e 21,4 milhões de novos casos de câncer infantil em 2030 (INCA, 2014).

No presente estudo 56% dos pacientes não apresentavam informações no prontuário e 30,4% foram a óbito devido parada cardiorrespiratória (PCR) e tratamento paliativo, os pacientes apresentavam diagnóstico de leucemia, tumor do SNC, osteossarcoma, linfoma linfoblástico de células T, sarcoma pleomórfico de alto grau e rabiomiossarcoma, consideradas as doenças mais agressivas deste estudo.

4.6 DOR

Segundo os dados do estudo 18% (9) dos pacientes não apresentavam dor, 48% (24) dos pacientes apresentavam dor abdominal, 44% (22) dor de cabeça, 36% (18) dor na boca, 26% (13) dor em membros inferiores, 26% (13) dor lombar, 10% (5) dor em membros superiores, 8% (4) dor epigástrica, 8% (4) dor no peito, 6% (3) dor em região púbica, 6% (3) dor generalizada, 4% (2) dor em região cervical, 4% (2) dor de ouvido, 4% (2) dor ao urinar, 2% (1) dor em região do esterno, 2% (1) fossa ilíaca, 2% (1) dor em região anal, 2% (1) dor na região do prepúcio, 2% (1) dor ao toque, 2% (1) dor na mama, 2% (1) dor no olho.

Tabela 6: Relação de escala de dor.

Dor	N (%)
Dor Abdominal	24 (48%)
Dor de Cabeça	22 (44%)
Dor na Boca	18 (36%)
Dor em Membros Inferiores	13 (26%)
Dor Lombar	13 (26%)
Dor em Membros Superiores	5 (10%)
Dor Epigástrica	4 (8%)
Dor no Peito	4 (8%)
Dor em Região Púbica	3 (6%)
Anasarca	3 (6%)
Dor em Região Cervical	2 (4%)
Dor de Ouvido	2 (4%)

Dor ao Urinar	2 (4%)
Dor em Região do Externo	1 (2%)
Dor em Fossa Ilíaca	1 (2%)
Dor em Região Anal	1 (2%)
Dor na Região do Prepúcio	1 (2%)
Dor ao Toque	1 (2%)
Dor na Mama	1 (2%)
Dor no Olho	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

A dor em pacientes oncológicos pode ser considerado um problema de saúde pública, quando levado em conta o investimento com as internações hospitalares dos pacientes oncológicos sem melhora na qualidade de vida (INCA, 2010; FORTUNATO et al, 2013).

A dor em crianças que estão realizando tratamento oncológico pode estar relacionado com fato dos pacientes estarem recebendo analgesia. O prognóstico de câncer já implica na perda de energia, amigos, e saúde. A dor pode gerar sintomas de ansiedade e depressão, podendo agravar perdas e prejudicar as funções cognitivas, relações sociais e sono (MICELI, PARANHOS, 2002; RANGEL O, TELLES C, 2012).

O tratamento de quimioterapia pode desencadear efeitos colaterais dolorosos como as dores de cabeça, dores musculares, dor no estômago. Além da dor gerada pelo tratamento, também há a dor gerada pelo próprio tumor (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2012).

Dependendo o tipo e localização do tumor, o mesmo poderá causar dores de cabeça no início ou em fase terminal da doença. Geralmente é uma dor que pode evoluir gradualmente em dias ou meses, podendo estar acompanhado de outros sintoma (SBC, 2017).

A dor pode ser considerado um dos principais sintomas associados ao câncer. Segundo a Associação Internacional do Estudo da Dor, ela pode ser considerada uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associado/ou relacionado a uma lesão real ou potencial dos tecidos. A classificação da dor pode variar dependendo de cada paciente e suas experiências pessoais (IASP, 2011).

Segundo a presente pesquisa 18% dos pacientes não apresentavam dor, sendo que o restante dos pacientes apresentavam algum tipo de dor, como 48% dor

abdominal, relacionado aos tumores de Wilms, sarcoma pleomórfico de alto grau, linfoma linfoblástico de células T, leucemias, linfoma Não-Hodgkin, sarcoma granulocítico, castelman multicentrico hialino vascular, ganglioneuroblastoma, doença de hodgkin, osteossarcoma, cisto hemorrágico, rabdmiossarcoma e neuroblastoma e 44% apresentavam dores de cabeça relacionadas as leucemias, sarcoma de Ewing, TU de SNC, castelman multicentrico hialino vascular, osteossarcoma, rabdmiossarcoma e neuroblastoma.

4.7 SINAIS E SINTOMAS

Os dados apresentados nesta tabela são referentes aos sintomas dos pacientes encontrados nos prontuários. O sintoma que apresentou maior intensidade foi 64% (32) febre, seguido de 40% (20) palidez, 32% (16) vômito, 26% (13) náusea, 26% (13) abdômen distendido, 20% (10) emagrecido, 16%(8) edema de membros inferiores, 16% (8) dispnéia, 12% (6) edema de pálpebra, 12% (6) tremores, 10% (5) edema de membros superiores, 10% (5) edema generalizado, 8% (4) marcha ataxica com diminuição da força, 8% (4) edema facial, 8% (4) sudorese, 6% (3) tosse, 6% (3) tontura, 6% (3) prurido, 4% (2) edema de gengiva, 4% (2) edema cervical, 4% (2) edema em região vaginal, 4% (2) visão turva, 4% (2) diarreia, 2% (1) flebite, 2% (1) desconforto em MMII, 2% (1) paresia, 2% (1) hiperemia em região orbital, 2% (1) hemoptise, 2% (1) desidratação, 2% (1) lesão cutânea generalizada, 2% (1) icterícia, 2% (1) sangramento vaginal, 2% (1) ciclo menstrual desregulado, 2% (1) paralisia facial, 2% (1) perda da visão, 2% (1) desvio labial, 2% (1) movimentos involuntários, 2% (1) globo vesical, 2% (1) pupila midriatica, 2% (1) desconforto abdominal, 2% (1) ardência ao urinar, 2% (1) edema no ombro, 2% (1) eritema facial, 2% (1) esclera e equimose em MMII, 2% (1) esclera e equimose em abdômen, 2% (1) esclera e equimose em região cervical, 2% (1) infecção do trato urinário, 2% (1) hematoma em região perineal, 2% (1) edema e hematoma em bolsa escrotal, 2% (1) edema em região púbica.

Tabela 7: Relação da avaliação dos sintomas dos participantes.

Principais sintomas	N (%)
Febre	32 (64%)

Palidez	20 (40%)
Vômito	16 (32%)
Náusea	13 (26%)
Abdômen Distendido	13 (26%)
Emagrecido	10 (20%)
Edema de Membros Inferiores	8 (16%)
Dispneia	8 (16%)
Edema de Pálpebra	6 (12%)
Tremores	6 (12%)
Edema de Membros Superiores	5 (10%)
Edema Generalizado	5 (10%)
Marcha Ataxica com Diminuição da Força	4 (8%)
Edema Facial	4 (8%)
Sudorese	4 (8%)
Tosse	3 (6%)
Tontura	3 (6%)
Prurido	3 (6%)
Edema de Gengiva	2 (4%)
Edema Cervical	2 (4%)
Edema em Região Vaginal	2 (4%)
Visão Turva	2 (4%)
Diarreia	2 (4%)
Flebite	1 (2%)
Desconforto em MMII	1 (2%)
Paresia	1 (2%)
Hiperemia em Região Orbital	1 (2%)
Hemoptise	1 (2%)
Desidratação	1 (2%)
Lesão Cutânea Generalizada	1 (2%)
Icterícia	1 (2%)
Sangramento Vaginal	1 (2%)
Ciclo Menstrual Desregulado	1 (2%)
Paralisia Facial	1 (2%)
Perda da Visão	1 (2%)
Desvio Labial	1 (2%)
Movimentos Involuntários	1 (2%)
Globo Vesical	1 (2%)
Pupila Midriatica	1 (2%)
Desconforto Abdominal	1 (2%)
Ardência ao Urinar	1 (2%)
Edema no Ombro	1 (2%)
Eritema Facial	1 (2%)
Esclera e Equimose em MMII	1 (2%)

Esclera e Equimose em Abdômen	1 (2%)
Esclera e Equimose em Região Cervical	1 (2%)
Infecção do Trato Urinário	1 (2%)
Hematoma em Região Perineal	1 (2%)
Edema e Hematoma em Bolsa Escrotal	1 (2%)
Edema em Região Púbrica	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Crianças com diagnóstico de leucemia aguda é comum ocorrer sangramentos causados pela diminuição na produção das plaquetas (trombocitopenia), dores nos ossos e articulações causados por ocorrer infiltrações de células leucêmicas nos ossos. Sintomas como dor de cabeça, náuseas, vômitos, visão dupla e desorientação são causados por haver comprometimento do sistema nervoso central (SAÚDE, 2017).

Tumores do sistema nervoso central são frequentes na infância e podem apresentar sintomas como as dores de cabeça, náuseas, vômitos, visão turva ou dupla, tontura, dificuldades para caminhar e/ou manipular objetos (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

Os neuroblastomas podem apresentar sintomas como dor abdominal, fraqueza nos membros inferiores, dor ou perda do controle da eliminação vesical e intestinal, entre outros sintomas, variando de acordo com o local em que se encontra o tumor (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

Linfoma Não-Hodgkin é um tipo de câncer do sistema linfático que pode ser diagnosticado em qualquer parte do corpo, apresentando maior prevalência no tórax e abdome. Quando na parte abdominal pode causar constipação e dor abdominal, na região do tórax pode apresentar sintomas como tosse e/ou falta de ar (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

Os Linfomas de Hodgkin geralmente apresentam sintomas como tosse, dificuldade para respirar, dor torácica, Febre, suor noturno, perda de peso sem motivo, prurido e esplenomegalia (ABRALE, 2016).

O Tumor de Wilms pode apresenta sintomas como abdome distendido, hematuria, dor abdominal e hipertensão, entre outros (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

Dor óssea é o principal sintoma encontrado em pacientes com diagnóstico de tumores ósseos, apresentando piora durante à noite ou ao realizar atividade física e edema (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

Os sinais e sintomas do retinoblastoma dependem da localização e tamanho do tumor. A leucocoria é considerado o sinal mais comum para este tipo de tumor, a leucocoria ocorre quando acontece o descolamento da retina pela massa do tumor. Também podem ocorrer outros sintomas como o estrabismo, derrame ocular, perda de visão, heterocromia e glaucoma (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2013).

O tumor de Burkitt geralmente apresenta sintomas como náusea, vômito e dor abdominal (ABRALE, 2016).

A doença de castleman multicentrica pode apresentar sintomas de infecções, febre, perda de peso, fadiga, suores noturnos, fraqueza e dormência, anemia e hipergamaglobulinemia (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2018).

4.8 EFEITO COLATERAL DA MEDICAÇÃO

Quanto aos efeitos colaterais da medicação 52% (26) dos pacientes apresentaram mucosite, 24% (12) náusea, 20% (10) vômito, 14% (7) diarreia, 8% (4) edema labial, 8% (4) sangramento nasal, 8% (4) palidez, 6% (3) cansaço, 6% (3) fraqueza, 6% (3) febre, 4% (2) tosse, 4% (2) sudorese, 4% (2) irritação, 2% (1) edema de face, 2% (1) formigamento na língua, 2% (1) tontura, 2% (1) edema de pálpebra, 2% (1) prurido, 2% (1) hiperemia, 2% (1) dormência na boca, 2% (1) dor na garganta, 2% (1) urticária, 2% (1) petequias na palma das mãos e pés, 2% (1) petequias generalizadas, 2% (1) constipação, 2% (1) hematêmese, 2% (1) queda de cabelo.

Tabela 8: Relação dos efeitos colaterais das medicações.

Efeitos colaterais da medicação	N (%)
Mucosite	26 (52%)
Náusea	12 (24%)
Vomito	10 (20%)
Diarreia	7 (14%)
Edema labial	4 (8%)
Sangramento nasal	4 (8%)
Palidez	4 (8%)

Cansaço	3 (6%)
Fraqueza	3 (6%)
Febre	3 (6%)
Tosse	2 (4%)
Sudorese	2 (4%)
Irritação	2 (4%)
Edema de Face	1 (2%)
Formigamento na Língua	1 (2%)
Tontura	1 (2%)
Edema de Pálpebra	1 (2%)
Prurido	1 (2%)
Hiperemia	1 (2%)
Dormência na Boca	1 (2%)
Dor na Garganta	1 (2%)
Urticária	1 (2%)
Petequias nas Palmas das Mãos e Pés	1 (2%)
Petequias Generalizadas	1 (2%)
Constipação	1 (2%)
Hematemese	1 (2%)
Queda de cabelo	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

A quimioterapia é um tratamento sistêmico utilizado para eliminar as células de rápido crescimento, porém muitas vezes também acaba afetando células saudáveis. Por afetar as células saudáveis pode ocorrer reações como a queda de cabelo, mucosite, náusea, dores e vômito (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2012).

A mucosite é uma inflamação que acontece na mucosa oral, por meio de eritema e edema, podendo ocorrer ulceração e descamação, geralmente o mesmo ocorre até o final da terapia, podendo levar a perda do paladar e dificuldade para se alimentar (LEITE et al., 2012).

Durante o tratamento oncológico é comum pacientes apresentarem fadiga, pois o organismo necessita de grande quantidade de energia para haver a reparação das estruturas irradiadas. É necessário que o paciente saiba reconhecer seus limites e respeitá-los (LEITE et al., 2010).

O efeito colateral do tratamento por radioterapia está relacionado com o local em que o tumor se encontra, pois é um tratamento local. Os efeitos colaterais

podem ser vermelhidão, prurido e ardência no local do tratamento, dor, náusea, vômito, diarreia, inapetência, cansaço e disúria (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS, 2015).

Neste sentido deve ser considerado de extrema importância os cuidados de enfermagem frente ao paciente oncológico, em que o profissional tem função de orientar sobre os principais efeitos colaterais diante o tratamento realizado e realizar as intervenções necessárias quanto ao quadro do paciente.

4.9 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Quanto aos cuidados de enfermagem 100% (50) dos pacientes receberam medicação, 96%(48) sinais vitais, 80% (40) cuidados com AVC/portocath, 74% (37) controle de diurese, 72% (36) curativos, 70% (35) cuidados com AVP, 56% (28) lavagem das mãos, 42% (21) quimioterapia (instalação e cuidado com a via certa), 40% (20) monitorar sinais e sintomas de infecção, 40% (20) observar sinais de sangramento, equimose ou hematomas, 36% (18) pulseira de risco de queda, 34% (17) higiene oral, 30% (15) uso de EPIs, 28% (14) mudança de decúbito, 28% (14) controle de hematúria, 26% (13) avaliar data de permeabilidade do acesso, 26% (13) inspecionar incisão cirúrgica, 24% (12) cuidado com o dreno, 24% (12) escala de pews, 22% (11) pulseira da agencia de transfusão sanguínea, 20% (10) pulseira de alergia, 18% (9) orientar equipe de enfermagem a utilizar álcool 70% e gaze estéril no manuseio do cateter, 16% (8) monitorar saturação,16% (8) avaliar possíveis variações do peso, 14% (7) aspirar quando necessário, 14% (7) orientar acompanhante sobre lavagem das mãos, 14% (7) monitorar ingestão de alimentos e líquidos, 14% (7) hidratação, 14% (7) orientar a estimular a criança a ingerir alimentos fracionados, 12% (6) restringir visitas, 12% (6) controle de PH, 12% (6) notificação SINAN, 12% (6) nebulização, 12% (6) banho de aspersão, 12% (6) cuidado com a sonda, 12% (6) troca do equipo de antibiótico, antifúngico e antitérmico a cada 24h,12% (6) troca de equipo de hidratação e outras medicações a cada 72h,10% (5) banho de imersão,10% (5) cuidado com membros edemaciados, 10% (5) exames laboratoriais, 10% (5) manter a cabeceira do leito elevada, 10% (5) controlar gotejamento do soro em bomba de infusão, 10% (5) determinar fatores que facilitam ou impedem episódios de náusea e

vômito, 8% (4) escala de humpty dumpty, 8% (4) observar sinais de dispnéia, 8% (4) monitorar condições da pele e habilidade funcional, 8% (4) orientar paciente e familiar sobre o tratamento e alterações no estilo de vida, 8% (4) avaliar quantidade e consistência do vômito e episódios de náusea, 8% (4) observar hipertermia, 8% (4) banho de leito, 8% (4) troca de roupa de cama, 8% (4) troca de selo d'água, 8% (4) controlar luminosidade, 6%(3) controle de HGT, 6% (3) avaliar intensidade da dor, 4% (2) cuidado com gastrostomia, 4% (2) massagem com creme corporal, 2% (1) dupla checagem, 2% (1) informar sobre cuidados de saúde para proteção do couro cabeludo, 2% (1) registrar no prontuário ganhos e perdas, 2% (1) Contato com IML para exame de dosagem de benzodiazepínicos, 2% (1) monitorar PIC, 2% (1) monitorar estado neurológico, 2% (1) verificar pressão de cuff, 2% (1) monitorar PAM, 2% (1) bolsa de gelo na região perineal, 2% (1) cuidado com a traqueo.

Tabela 9: Relação dos cuidados de enfermagem

Cuidados de enfermagem	N (%)
Medicação	50 (100%)
Sinais vitais	48 (96%)
Cuidados com AVC/PORTOCATH	40 (80%)
Controle de Diurese	37 (74%)
Curativo	36 (72%)
Cuidados com AVP	35 (70%)
Lavagem das Mãos	28 (56%)
Quimioterapia (instalação e cuidados com a via certa)	21 (42%)
Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	20 (40%)
Observar Sinais de Sangramento, Equimose ou Hematomas	20 (40%)
Pulseira de Risco de Queda	18 (36%)
Higiene Oral	17 (34%)
Uso de EPIS	15 (30%)
Mudança de Decúbito	14 (28%)
Controle de Hematuria	14 (28%)
Avaliar data de Permeabilidade do Acesso	13 (26%)
Inspecionar Incisão Cirúrgica	13 (26%)
Cuidado com o Dreno	12 (24%)
Escala de MEWS	12 (24%)
Pulseira da Agência de Transfusão Sanguínea	11 (22%)
Pulseira de Alergia	10 (20%)

Orientar Equipe de Enfermagem a Utilizar Álcool 70% e Gaze Estéril no Manuseio do Cateter	9 (18%)
Monitorar Saturação	8 (16%)
Avaliar Possíveis Variações do Peso	8 (16%)
Aspirar Quando Necessário	7 (14%)
Orientar Acompanhante Sobre Lavagem das Mãos	7 (14%)
Monitorar Ingestão de Alimentos e Líquidos	7 (14%)
Hidratação	7 (14%)
Orientar a Estimular a Criança a Ingerir Alimentos Fracionados	7 (14%)
Restringir Visita	6 (12%)
Controle de Ph	6 (12%)
Notificação SINAN	6 (12%)
Nebulização	6 (12%)
Banho de Aspersão	6 (12%)
Cuidado Com a Sonda	6 (12%)
Troca do Equipo de Antibiótico, Antifúngico e Antitérmico a Cada 24h	6 (12%)
Troca de Equipo de Hidratação e Outras Medicações a Cada 72h	6 (12%)
Banho de Imersão	5 (10%)
Cuidado Com Membros Edemaciados	5 (10%)
Exames Laboratoriais	5 (10%)
Manter a Cabeceira do Leito Elevada	5 (10%)
Controlar Gotejamento do Soro em Bomba de Infusão	5 (10%)
Determinar Fatores que Facilitam ou Impedem Episódios de Náusea e Vômito	5 (10%)
Escala de Humpty Dumpty	4 (8%)
Observar Sinais de Dispneia	4 (8%)
Monitorar Condições da Pele e Habilidade Funcional	4 (8%)
Orientar Paciente e Familiar Sobre o Tratamento e Alterações no Estilo de Vida	4 (8%)
Avaliar Quantidade e Consistência do Vômito e Episódios de Náusea	4 (8%)
Observar Hipertermia	4 (8%)
Banho de Leito	4 (8%)
Troca de Roupa de Cama	4 (8%)
Troca de Selo D'água	4 (8%)
Controlar Luminosidade	4 (8%)
Controle de HGT	3 (6%)

Avaliar Intensidade da Dor	3 (6%)
Cuidado Com Gastrostomia	2 (4%)
Massagem Com Creme Corporal	2 (4%)
Dupla Checagem	1 (2%)
Informar Sobre Cuidados de Saúde Para Proteção do Couro Cabeludo	1 (2%)
Registrar no Prontuário Ganhos e Perdas	1 (2%)
Contato Com IML Para Exame de Dosagem de Benzodiazepínicos	1 (2%)
Monitorar PIC	1 (2%)
Monitorar Estado Neurológico	1 (2%)
Verificar Pressão de CUFF	1 (2%)
Monitorar PAM	1 (2%)
Bolsa de Gelo na Região Perineal	1 (2%)
Cuidado Com a Traqueo	1 (2%)

Fonte: Dados da pesquisa 2018

Segundo o dicionário cuidado significa cautela, atenção, zelo, responsabilidade, entre outros significados. As mulheres são consideradas um símbolo do cuidado, assim como algumas profissões também estão associadas a este cuidado, entre elas esta a enfermagem (WALDOW 2013).

O trabalho na oncologia geralmente se tem muito contato com o sofrimento do outro, tanto o paciente, familiar ou a equipe de enfermagem podem desencadear produções de sentimentos e começarem a ter uma nova percepção sobre a vida e o modo de prestar o cuidado (FONSECA, GESTEIRA, 2014).

A assistência de enfermagem para pacientes oncológicos é realizado através do cuidado preventivo, curativo e paliativo. Os cuidados curativos são realizados com o intuito de diminuir os efeitos imediatos e tardios causados pelo tratamento quimioterápico e como possível prevenção das complicações evitáveis da patologia (SANTANA et al, 2017, p. 228).

É de extrema importância que a equipe de enfermagem tenha conhecimento sobre o câncer infantil, e assim saber lidar com os sentimentos manifestados durante o tratamento pelas crianças e seus familiares, a fim de prestar uma assistência que possa atender as necessidades biológicas, e psicológicas dos mesmos (SOUZA et al, 2012).

A sistematização da assistência de enfermagem é definida como uma organização do trabalho de enfermagem, seguindo um método científico e um

referencial teórico, por esse meio é possível seguir um padrão para oferecer um atendimento que supra as necessidades do indivíduo da melhor forma possível, procurando seguir o processo de sistematização de assistência de enfermagem, como o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação. Para realizar este processo é necessário que o enfermeiro tenha um bom conhecimento científico, habilidades, capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (SILVA, MOREIRA 2011).

Portanto para prestar uma assistência com qualidade é necessário uma equipe de trabalho saudável, o cuidado deve estar voltado não só ao paciente e familiares, mas também aos profissionais, em especial ao profissional que trabalha no setor oncológico que lida diariamente com sofrimento e morte (BARROS et al, 2015).

5 CONCLUSÃO

Ao realizar a pesquisa com prontuários, foi possível compreender melhor o perfil sociodemográfico e clínico das crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer infantil. Através do mesmo percebeu-se a necessidade de projetos com o intuito de estudar o câncer infantil.

Os objetivos foram alcançados e as hipóteses confirmadas.

Durante a coleta de dados foi possível observar que parte dos prontuários estavam incompletos, dificultando a coleta de dados. Os mesmos faltavam justificativa do motivo da alta, óbito ou sintomas. Quanto ao perfil sociodemográfico também foi possível observar a falta de dados em relação a escolaridade dos pais, se a residência possuía água tratada e energia elétrica, entre outros dados.

Através desses dados sugiro que a equipe multidisciplinar de saúde realize seu trabalho em conjunto, que os profissionais da nutrição e psicologia possam estar mais vezes no setor podendo proporcionar auxílio a esses pacientes junto com toda a equipe de saúde. Assim como os pacientes também devem ter seus dados preenchidos corretamente na recepção do hospital.

É de extrema importância que o profissional de enfermagem seja apto para realizar os cuidados necessários frente a este público, saber lidar com as funções como realizar a instalação e os cuidados com a via certa da quimioterapia, orientações quanto aos efeitos colaterais dos tratamentos e meios para aliviar esses efeitos, aliviando mucosite, náuseas e vômitos.

Conclui-se que conhecer esta realidade é importante para aprimorar o olhar clínico dos profissionais para o manejo da doença e seus cuidados bem como para fortalecer a atuação do enfermeiro em espaços como os setores oncológicos. A assistência de enfermagem de qualidade frente ao paciente oncológico é de extrema importância, pois os profissionais são aptos a oferecer um atendimento eficiente, suprimindo as necessidades da criança e seus pais e proporcionando um ambiente humanizado durante o período do diagnóstico e tratamento.

6 REFERÊNCIAS

AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado a criança com câncer. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, jan/mar, 2011.

ANJOS et al. O câncer infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem.** v.19, n.1, p. 227-233. 2015.

ARAÚJO E. de S; DURVAL P. A; SILVEIRA D. H. Sintomas relacionados á diminuição de ingestão alimentar em pacientes com neoplasia do aparelho digestivo atendidos por um programa de internação domiciliar. **Revista Brasileira de Cancerologia,** V. 58, n. 4, p. 639-646, 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Neuroblastoma.** Estados Unidos (EUA); 2018. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/neuroblastoma/about/what-is-neuroblastoma.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Leucemia.** Estados Unidos (EUA); 2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-en-ninos/acerca/que-es-leucemia-en-ninos.html>>. Acesso em: 18 outubro 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Sarcoma infantil.** Estados Unidos (EUA); 2016.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Tumor ósseo.** Estados Unidos (EUA); 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Câncer infantil.** Estados Unidos (EUA); 2016

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Linfomas.** Estados Unidos (EUA); 2018

ANDRADE et al. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 60, n. 3, p. 331-335, June, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE). **Linfomas.** São Paulo (SP); 2016

BARROS et al. Caracterização de teses e dissertações acerca do cuidar em enfermagem na Relação dos cuidados de enfermagem, n 2. **Rev.: fundam. care. Online.** 2015.

BAUER et al. Crianças com câncer: caracterização das internações em um hospital escola público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 7, ago. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução.** Brasília (DF): Brasil, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 OUT. 2018.

BRASIL.INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC DO CÂNCER: **abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, 2011.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução**. Brasília (DF) BRASIL, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pd>. Acesso em: 14 OUT. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Leucemia Mieloide Aguda de crianças e adolescentes** . Brasília (DF): Brasil, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer**. Brasília (DF): Brasil, 2017.

BLANEY SM et al. ependymomas, and other nonembryonal tumors of the central nervous system. In: **Principles and Practice of Pediatric Oncology**, 6rd ed. Edites by P.A.Pizzo and D.C Poplack David G Philadelphia: Lippincott-Williams E Wilkins. 2011, p. 717-771.

CARAM ALA et al. Desnutrição em crianças até 12 anos com leucemia atendidas no Grupo em Defesa de Criança com Câncer no Município de Jundiaí, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012; 58(2): 231-239.

HINSDALE I.L et al. Relatório Estatístico da CBTRUS: Tumores cerebrais primários e do sistema nervoso central diagnosticados nos Estados Unidos em 2004-2007 . **Registro Central de Tumores Cerebrais dos Estados Unidos**. 2011

Convivência familiar do escolar em controle da doença oncológica: perspectivas para a enfermagem pediátrica, **Revista Brasileira de Cancerologia**; Rio de Janeiro, v.58, n.1,p. 57-66. 2012.

DIMARAS H et al. **Retinoblastoma**. Lancet. 2012; 379(9824): 1436-46.

DINIZ, A. B. et al. Perfil epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de oncologia pediátrica em Salvador-Bahia. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 131-139, mai./ago. 2005.

DUNKEL I.J et al. Trilateral retinoblastoma: potentially curable with intensive chemotherapy. **Pediatr Blood Cancer**. 2010; 54(3): 384-7

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, Apostila. 2002.

FONSECA, MARIA LIANA GESTEIRA. Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. Ed. 22, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, **Fundação Oswaldo Cruz**. 2014.

FORTUNATO J.G.S et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2013; 12(3):110-117.

GUIMARÃES, T. M. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Esc Anna Nery**, n. 20. n. 2, p. 261-267, 2016.

GODSON, O.C et al. **Retinoblastoma** - An Update on Clinical , Genetic Counseling, Epidemiology and Molecular Tumor Biology (Rijeka, Croatia: InTeck). (2012)

GÜNTHER, H. (2006). **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa**: esta é a questão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22(2), 201-210.
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>. acesso em: 14 MAIO. 2018

HILDENBRAND, et al. Coping with pediatric cancer: Strategies employed by children and their parents to manage cancer-related stressors during treatment. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. 2011.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Sintomas do câncer infantil**. São Paulo (SP); 2013.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Efeitos colaterais, anemia**. São Paulo (SP); 2012.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Efeito colateral da radioterapia**. São Paulo (SP); 2015.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Radioterapia**. São Paulo (SP). 2016.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Quimioterapia e os efeitos colaterais**. São Paulo (SP); 2012.

HOFF, P.M.G.H. et al. Tratado de Oncologia. São Paulo: **Editora Atheneu**, 2a ed, 2 volumes, 2013.

HOSPITAL SAMARITANO. **A importância da alimentação no tratamento oncológico**. São Paulo (SP); 2016.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN – IASP. **Classification of chronic pain**. 2 ed. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer infantil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE (INCA). **O alívio da dor do câncer**. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer infantil**: Rio de Janeiro (RJ) Incidência. INCA; 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linfoma**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). Estimativa 2008: **incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Quimioterapia**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Radioterapia**. Rio de Janeiro (RJ): INCA ;2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Cirurgia**. Rio de Janeiro (RJ): Brasil; 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Cuidados paliativos**: Rio de Janeiro (RJ):INCA; 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer infantojuvenil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2017/cancer-infantojuvenil.asp>. Acesso em: 13 OUT. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIOS DA SAÚDE. **Incidência**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terapêuticas Combinadas**. 2016. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=105. Acesso em 08 jun 2018

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tratamento cirúrgico**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2016.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer infantil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.

KAZAK, A. E et al. Association of psychosocial risk screening in pediatric cancer with psychosocial services provide. **Psycho-Oncology**; (2011). 20,715-723. DOI: 10.1002/pon.1972

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 2001, 47(2): 111-14).

KOHLSDORF M., COSTA JUNIOR A. L. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: Revisão da literatura. **Paidéia**, 22(51),119-129.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de enfermagem relacionado aos efeitos adversos da radioterapia, **Revista Mineira de Enfermagem**; 2010.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnóstico de enfermagem relacionado aos efeitos adversos da radioterapia, **Revista Mineira de Enfermagem**; 2012.

LOHMANN DR, GALLIE BL. Retinoblastoma. **Gene ReviewsTM** . Initial Posting; 2013.

MARIO JÚNIOR et al. Histiocitoses de células de Langerhans no Paciente Pediátrico: Apresentação de um Caso Clínico. **Revista de ciências da saúde da Amazônia**. Manaus (AM), ISSN: 2447-486X , N. 01 p.70; 2016.

MINISTERIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Leucemia**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2009-2008**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2009.

MICELI, PARANHOS. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(3): 363-373.

MONTEIRO, T. A. et al. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 778-783, 2014.

MULTTI et al. Assistência à Saúde da Criança com câncer na Produção Científica Brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio Grande do Sul, v.56, n.1, p.71-83, 2010.

NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES. **Tumor de wilms**. 2015. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/What-is-Wilms-Tumor-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Wilms-Tumor-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 20 maio 2018

NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES. **Tumor ósseo**. 2012. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/Types-of-bone-cancer-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Types-of-bone-cancer-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 10 maio 2018.

OSTROM QT et al. **Alex's Lemonade Stand Foundation**. Os tumores cerebrais primários de bebês e crianças e tumores do sistema nervoso central diagnosticados nos Estados Unidos em 2007-2011; 2015.

PEREIRA et al. Hidrocefalia de pressão normal: visão atual sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Rev Med.** São Paulo (SP):. 2012.

PITA FERNÁNDEZ S, PÉRTEGAS DÍAZ S. Investigación cuantitativa y cualitativa. **Cad Aten Primaria**, 2002, vol. 9, p. 76-8.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RANGEL O., TELLES C. (2012) Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** UERJ. 11: 34-37.

REIS, SILVA. Procedimentos invasivos em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.

CARVALHO et al. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** Solo, 2012. Cap 4.2 p. 270-285.

RECH, B. C. S., SILVA I. M., LOPES, R. C. S. Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 29(3),257-265; 2013.

SANTANA et al. O cuidar em oncologia pediátrica: um estudo baseado no processo de enfermagem. **Revista destaque acadêmicos.** Lajeado, v 9. n.3, p. 228; 2017.

SASIDARAN K, SINGHI S, SINGHI P. Management of acute seizure and status epilepticus in pediatric emergency. **Indian J Pediatr.** 2012; 79(4):510-7. doi:10.1007/s12098-011-0604-9

SILVA, D. B; PIRES, M. M; NASSAR, S. M. Câncer pediátrico: análise de um registro hospitalar. Rio de Janeiro: **J Pediatr**; 2002. v.78 p.409-414;

SILVA et al. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Vol. 24. n 2. **Rev. Acta Paul Enferm.** 2011.

SILVA, L. F., CABRAL, I. E. O resgate do prazer de brincar da criança com câncer no espaço hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2015.

SOUZA et al. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Rev Rene.** 2012; 13(3):686-92.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CÂNCER (SBC). **tumores ósseos**; Salvador (BA): SBC, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico**; Rio de Janeiro (RJ), 2017.

SOUSA, et al. Hidrocefalia: revisão de literatura. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, VI. 4, No6, Jornada Científica da UNIVERSO, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA (SBC). **Cefaléia**; São Paulo (SP). 2017.

SWAIMAN K et al. **Swaiman's pediatric neurology**: principles and practice. 5th edn. New York: Saunders; 2012.

SHIELDS CL, et al. Continuing challenges in the management of retinoblastoma with chemotherapy. **Retina**. 2004; 24(6):849-862.

SHIELDS CL, et al. The international classification of retinoblastoma predicts chemoreduction success. **Ophthalmology**. 2006. in press.

TAVOLI A, et al. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. **BMC Cancer** 2008; 8:177.

VALLE, E. R; RAMALHO, M. A. N. O câncer na criança: a difícil trajetória. In CARVALHO, V. A. (Org.). Temas em Psico-oncologia. São Paulo: **Ed. Summus**, 2008.

VIEIRA, A. P. M. S. et al., Assistência de Enfermagem na Oncologia Pediátrica. **Rev. Eletrôn**. Atualiza Saúde, v. 3, n. 3, p. 67-75. 2016.

VICENZI, A. et al. Cuidado Integral de Enfermagem ao Paciente Oncológico e à Família. **Enferm UFSM**., v.3, n.3, p.409- 417, set./dez. 2013.

WALDOW, VERA REGINA; definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.19, n1, p.20-32, jan. 2013

YILMAZ AF, et al. Granulocytic sarcoma: a **systematic review**. *Am J Blood Res*. 2013; 3: 265-70.

APÊNDICES

APÊNDICE A



Instrumento de coleta de dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico das crianças internadas na oncopediatria de um hospital de grande porte do sul catarinense.

Iniciais do Nome:	Sexo: () M () F
Data de nascimento:	Idade:
Escolaridade:	Escolaridade dos pais/responsáveis:
Religião:	Peso: Altura: IMC:
Etnia:	Natural de:
Residência atual:	Número de pessoas que residem na casa:
Moradia: () Própria () Alugada	Água tratada: () Sim () Não
Energia elétrica: () Sim () Não	

Alimentação:

Sono e repouso:

Eliminação urinária:

Eliminação intestinal:

Diagnóstico:

Outras comorbidades existentes:

Internações anteriores: () Sim () Não

Alergias: () Sim () Não

Tratamento:

- Quimioterapia Radioterapia
 Cirurgia Ambos os tratamentos
 Sem registro no prontuário

Evolução do caso:

- Em tratamento Acompanhamento em outro serviço
 Cura Óbito
 remissão Sem registro no prontuário

Dor:

Principais sintomas:

Efeitos colaterais da medicação:

Cuidados de enfermagem:

ANEXOS

ANEXO A



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: perfil sociodemográfico e clínico das crianças hospitalizadas na oncopediatria

Objetivo: Descrever os achados clínicos e sociodemográficos da criança com câncer hospitalizada na oncopediatria.

Período da coleta de dados: 01/07/2018 a 28/09/2018

Local da coleta: Sociedade Literária Caritativa Santo Agostinho

Pesquisador/Orientador: MSc: Paula Ioppi Zugno

Telefone: (48) 98843-4443

Pesquisador/Acadêmico: Jéssica Moretti Vilpert

Telefone: (48) 99610-7596

9 ° fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;

- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador de Jéssica Moretti Vilpert por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.
- Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

•

ASSINATURAS	
Orientador(a) <hr/> Assinatura Nome: <hr/> CPF: _____._____._____ - ____	Pesquisador(a) <hr/> Assinatura Nome: <hr/> CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), de _____ de 2018.