Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro

Caroline Vieira Oliveira

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DE MORRER DO PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Além Paraíba

2019

Caroline Vieira Oliveira

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DE MORRER DO PACIENTE ONCOLOGICO PEDIATRICO

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, Faculdadede Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Prof. Orientador: Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires
Prof. Da disciplina: Prof. Douglas Pereira Senra

Além Paraíba

2019

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PROCESSO DE MORRER DO PACIENTE ONCOLOGICO PEDIATRICO

Monografia de conclusão de curso apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, Faculdadede Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Douglas Pereira Senra
(Prof. Da Disciplina)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires
(Orientador)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Prof. Maria Laura Couto Fortes Araújo
(Prof. Convidado)
Fundação Educacional de Além Paraíba

FICHA CATALOGRÁFICA

OLIVEIRA, Caroline Vieira

A atuação do Enfermeiro frente ao processo de morrer do paciente oncológico pediátrico/ OLIVEIRA, Caroline Vieira, 2019.

Além Paraíba: FEAP/FAC SAÚDE ARTHE, Graduação, 2019.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC SAÚDEARTHE, Além Paraíba, 2019.

Prof. da Disciplina: Prof.º Msc. Douglas Pereira Senra
Orientação: Prof.ª. Flávio Eduardo Coelho Pires

1. Oncologia. 2. Morrer. 3. Pediátrico 4. Enfermeiro

I. Douglas Pereira Senra (Prof. Da Disciplina). II. Prof. Flávio Eduardo Coelho Pires (Orientador). III. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Enfermagem. IV. Atuação do Enfermeiro frente ao processo de morrer do paciente oncológico pediátrico.

Dedico primeiramente a Deus, que com sua infinita graça me deu forças para chegar até aqui. A minha mãe, que sempre batalhou e me motivou para que eu prosseguisse com minha graduação, aos meus familiares e amigos por todas as palavras de apoio e motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por toda graça e bênçãos depositadas em minha vida durante essa caminhada.

Ao grande amor da minha vida, minha mãe Maria Inês, por ser meu alicerce e por ter movido montanhas para me ajudar a realizar meu sonho, que mesmo diante das dificuldades, nunca desistiu de mim e nunca me deixou desistir.

À minha avó Aparecida, que sempre confiou no meu potencial e foi uma grande incentivadora da minha escolha nessa graduação.

Aos meus irmãos, Airton Jr. e Aline pela compreensão, carinho e apoio.

Ao meu professor e orientador Flávio Eduardo por toda paciência e atenção durante esse período.

Ao meu grupo de amigos da faculdade Richele Moraes, Paulo Henrique Nunes, Jéssica Mayra e Jamily Aucar, por toda lealdade, amizade, ajuda, risadas e companheirismo durante nossa graduação, com certeza irei levá-los para o resto da minha vida.

Ao meu coordenador e supervisor de estágio, Enf. Gleidson Roberto Santos Costa pela sua amizade, por toda paciência e por acreditar que poderia chegar até aqui.

À Banca examinadora por terem aceitado o convite.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho.

Algumas doenças são visitas: chegam sem avisar, perturbam a paz da casa e se vão. É o caso de uma perna quebrada, de uma apendicite, de um sarampo. Passado o tempo certo, a doença arruma a mala e diz adeus. E tudo volta a ser como sempre foi.

Outras doenças vêm para ficar. E é inútil reclamar. Se vem para ficar, é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para a nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa. Quem sabe até tirar algum proveito da situação?

A doença é a possibilidade da perda, uma emissária da morte.
Sob seu toque, tudo fica fluido, evanescente, efêmero.
As pessoas amadas, os filhos – todos ganham a beleza das bolhas de sabão.
Os atingidos pela possibilidade de perda acordam da sua letargia. Objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos.
Se soubéssemos que vamos ficar cegos, que cenários veríamos num simples grão de areia!
Quem sente gozo na simples maravilha cotidiana que é não sentir dor?

A saúde embrutece os sentidos.
A doença faz os sentidos ressuscitarem.

(Rubem Alves)

RESUMO

OLIVEIRA, Caroline Vieira. **A atuação do Enfermeiro frente ao processo de morrer do paciente oncológico pediátrico.** 2019. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2019.

O presente estudo tem como objetivo mostrar como o Enfermeiro deve prestar sua assistência aos pacientes oncológicos pediátricos em sua fase terminal, diante as dificuldades encontradas desde a acolhida desse paciente na instituição até sua morte. Ao longo desse estudo, será ressaltado o quanto o profissional precisa estar atento ao seu paciente, levando em conta o fato de ser uma criança, que tem sua rotina alterada por conta da patologia e, com isso, está passando por uma fase de grandes mudanças e adaptações. A interação do profissional com o paciente e sua família é de suma importância, pois visa reduzir os medos e anseios presentes nessa fase tão delicada, portanto o Enfermeiro deve estar atento em transmitir confiança, tranquilidade e conforto para a criança-família oncológica. A equipe de enfermagem deve estar buscando ações que visem amenizar e naturalizar a situação vivenciada pela criança e sua família, com ações humanizadas e prestando uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Oncologia1. Pediátrica2. Morrer3. Enfermeiro4.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Caroline Vieira. **The role of nurses in the dying process of pediatric oncology patients.** 2019. Monograph (Nursing Bachelor) - Faculty of Health Sciences Archimedes Theodoro, Educational Foundation of Além Paraíba, Além Paraíba, 2019.

The present study aims to show how the nurse should provide his assistance to pediatric cancer patients in their terminal phase, given the difficulties encountered since the patient's reception in the institution until his death. Throughout this study, it will be emphasized how much the professional needs to be aware of his patient, taking into account the fact that he is a child, whose routine is changed due to the pathology and, therefore, is undergoing a phase of great changes. and adaptations. The interaction of the professional with the patient and their family is of paramount importance, as it aims to reduce the fears and anxieties present in this delicate phase, so the nurse must be alert to transmit confidence, tranquility and comfort to the oncological child-family. The nursing staff should be seeking actions that aim to soften and naturalize the situation experienced by the child and his family, with humanized actions and providing quality care.

Keywords: Oncology1. Pediatric 2. Die 3. Nurse 4.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9
1.1 Justificativa 10
1.2 Objetivos 11
1.2.1 Objetivo geral 11
1.2.1.1 Objetivos específicos 11
1.3 Metodologia **11**
2 PROCESSO DE MORRER 13
2.1 A morte 13
2.2 Processo de morrer e seus estágios 15
2.3 A atuação do enfermeiro no processo de morrer 17
3 CICLO PEDIATRICO 21
3.1 Desenvolvimento infantil 21
3.2 Criança com câncer 23
3.3 Principais neoplasias incidentes em crianças 25
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CÂNCER TERMINAL 28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 32
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 33

1 INDRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa é realizado acerca da atuação do profissional Enfermeiro na assistência prestada à criança com câncer em fase terminal.

A motivação em abordar esse tema veio da grande vontade em trabalhar com essa área e pela minha curiosidade e interesse pela oncologia, visto que é uma patologia bastante delicada, que mexe não só com o psicológico do próprio paciente, mas também da família e da equipe que assiste ao paciente.

Antes mesmo de ingressar na faculdade de Enfermagem, acompanhei por um tempo minha avó em consultas e quimioterapias na Fundação Cristiano Varella, onde surgiu meu encantamento pela Enfermagem e, consequentemente, minha paixão pela oncologia. Devido ao meu apego a oncologia, fiz diversos cursos voltados a essa patologia, onde desenvolvi o interesse em trabalhar na minha monografia sobre como o Enfermeiro atua na assistência a criança portadora de câncer em sua terminalidade.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2016).

O câncer infantil caracteriza-se por uma série de experiências estressantes e carregadas de sofrimento, para a criança e sua família. Geralmente envolve um tratamento prolongado, que demanda cuidados e necessidades de mudanças, os quais podem levar a criança, o adolescente e seus familiares a um estado de depressão, isolamento, desesperança, inferioridade e inadequação, com aumento do risco de problemas psiquiátricos e sofrimento espiritual. (NASCIMENTO, 2010).

A principal causadora de morte em crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de idade em todas as regiões do Brasil é o câncer. (SBP, 2014)

O envolvimento interpessoal da equipe multidisciplinar com a criança em fase terminal exige extrema capacitação, preparação, treinamento e humanidade, a fim de evitar uma impotência do atendimento prestado no processo da morte desse paciente pediátrico.

É necessário estar ciente que, nesses casos, mesmo usando todo conhecimento teórico e prático, a cura não é alcançada. Então, cabe à equipe oferecer dignidade, suporte, conforto, alívio da dor e informações, tanto ao paciente quanto à sua família, que está tão debilitada

nesse momento tão difícil. Nisso se dá a assistência tão importante quanto à assistência curativa, que são os cuidados paliativos.

O cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias frente ao problema associado à doença fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas, psicossocial e espiritual. (WHO, 2019)

Quando o assunto é morte, muitas pessoas preferem evitar o tema, pois se trata de um processo que acarreta profundas reações emocionais. No contexto atual, evidencia-se a falta de preparo para enfrentá-la, já que desde crianças as pessoas são afastadas da morte e de seus ritos fúnebres. Além disso, sua ocorrência vem predominando nas instituições hospitalares, tornando-a mais distante do cotidiano.

Após a temática abordada acima, o problema de pesquisa foi: Como é a atuação do Enfermeiro frente ao processo de morrer da criança com câncer?

A hipótese sustentada foi que as atribuições do Enfermeiro vão além do simples "atendimento", pois nesse contexto, não vai englobar apenas o cuidar da criança em fase terminal, mas também vai se estender a família dessa criança. Cabe ao Enfermeiro estabelecer técnicas de acolhida que visem diminuir o sofrimento da criança, promovendo conforto e dignidade no processo de morrer, sempre lembrando de que o fortalecimento dos aspectos emocionais extensivo à família também é de suma importância.

No presente estudo estará sendo abordado sobre o que é o câncer, sobre as neoplasias mais incidentes em crianças, sobre o ciclo pediátrico e, por fim, sobre a assistência prestada pelo Enfermeiro à criança portadora de câncer no processo de morrer.

1.1 Justificativa

A justificativa para embasar esse estudo está diretamente ligada à importância da capacitação e humanização do profissional de enfermagem voltado aos cuidados paliativos, incluindo não só o paciente em si, mas também sua família, desenvolvendo métodos humanizados de acolhida, a fim de naturalizar a morte do paciente, visando seu conforto, alívio da dor e tranquilidade.

Com o presente estudo, é esperado que o profissional se interesse e atente a tamanha delicadeza de tal assunto, visto que é falado do processo de um paciente ainda jovem, e se dedique cada vez mais ao seu atendimento, atentando à humanidade, responsabilidade e ética ao tratar seu paciente, tornando essas praticas naturalizadas, a fim de se expandirem para a

equipe multidisciplinar, outras instituições e que desperte interesse na área em acadêmicos ou até mesmo em profissionais já graduados.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

Demonstrar a atuação do Enfermeiro diante do processo de morrer do paciente oncológico pediátrico.

1.2.2 Objetivos específicos:

Descrever a atuação do Enfermeiro junto aos pacientes oncológicos pediátricos;
Definir os procedimentos técnicos que o Enfermeiro tem que utilizar frente ao processo de tratamento, interligando as práticas humanas;
Estabelecer métodos de acolhida às famílias dos pacientes oncológicos pediátricos;
Formular novos métodos que alcancem a equipe multidisciplinar para tornar visível práticas de atendimento humanizado nos cuidados paliativos;
Proporcionar um material que sirva de apoio para futuras pesquisas de acadêmicos e profissionais da área da saúde.

1.3 Metodologia

A metodologia aplicada para elaboração desta monografia aplica a integralidade ética entre os processos técnicos às práticas humanizadas nos cuidados paliativos frente ao processo de morrer do paciente oncológico pediátrico.

A técnica utilizada foi a prática assídua de leituras sobre estudos que se baseiam em uma revisão bibliográfica de leitura, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, sendo assim também a formulação dessa pesquisa.

Foram realizadas pesquisas em bibliotecas virtuais, como Scielo, Google acadêmico, banco de dados BVS, Repositórios, selecionando artigos científicos publicados, como também teses, revistas e livros didáticos.

No primeiro capitulo desta monografia, serão abordados os elementos contextuais obrigatórios, como a introdução, justificativa, objetivo geral e específicos e a metodologia, elementos esses que definem a formação e a estrutura do trabalho de conclusão de curso;

A partir de então, é elaborado o segundo capitulo, que se trata do desenvolvimento do trabalho, onde o mesmo se divide em subcapítulos que fortalecem a temática da pesquisa.

No primeiro capítulo será falado sobre a morte, o processo de morrer e a atuação do enfermeiro no processo de morrer.

Já no segundo capítulo, será abordado sobre o ciclo pediátrico, sobre o paciente oncológico pediátrico e sobre as neoplasias mais incidentes em crianças.

No terceiro e último capítulo, será tratado sobre a assistência prestada pelo profissional Enfermeiro à criança portadora de câncer terminal no processo de morrer.

2 PROCESSO DE MORRER

Nesse primeiro capítulo serão abordados sobre os processos de morrer, suas fases, sobre a morte e sobre a atuação do enfermeiro diante da morte.

2.1 A morte

A morte é um tema visto sob diferentes dimensões que não afirma verdade absoluta, pois desperta curiosidade, provoca desconforto e vem sempre acompanhada de muitas perguntas para as quais se encontra a resposta de que o morrer é inevitável e representa a certeza de que a todo nascimento associa-se um momento de fim. (CANTÍDIO et al., 2011)

Segundo Júnior et al.(2011), a morte e o morrer são inerentes à existência humana. As incertezas e a imprevisibilidade que cercam o binômio morte-morrer compelem o ser humano a conviver com a sua presença desde o início ao estágio final do seu desenvolvimento.

Embora sejam variados, os conceitos da morte têm características em comum, como a parada das funções vitais, a separação do corpo e da alma ou a interrupção do desenvolvimento humano (CUNHA, 2017)

O que se tornou um conceito visto que atualmente todas essas funções vitais podem ser substituídas por máquinas, prologando a vida indefinidamente. A morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como o cérebro, os olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados (KOVÁC, 2014)

A morte escancarada invade a vida das pessoas de forma devastadora e inesperada, dificultando a elaboração do luto e criando situações de vulnerabilidade sem proteção ou cuidado. O desenvolvimento da tanatologia proposta por Kübler-Ross, aborda a morte como significante da existência, por isso tratada com respeito, humildade, sem banimento ou banalização. O profissional se torna aprendiz da morte que, por sua vez se torna conselheira. (KOVÁC, 2014)

A tanatologia é a investigação cientifica sobre a morte e o morrer e, no processo de administração dos cuidados paliativos, oferece apoio aos pacientes e cuidadores e é baseado na intervenção educativa e antecipatória que produz resultados importantes nas resoluções das perdas cotidianas e enfrentamento da morte e luto a longo prazo. (FÄRBER, 2013)

A educação para a morte é baseada na crença de que as atitudes e práticas de negar, desafiar e evitar a morte podem ser transformadas, e assume que os indivíduos e instituições serão mais capazes de lidar com as práticas relacionados com a morte como resultado de esforços educacionais. Não há uma fórmula de como lidar com situações de morte, mas é

imprescindível que as pessoas estejam preparadas emocionalmente para lidar com ela, visto que pode ocorrer a qualquer momento em nossas vidas. (INCONTRI et al., 2011)

A esperança perpassa todos os estágios e pode ser relacionado com o sentido da vida, que é buscado a todo instante pela vontade espiritual do homem, por sua sede de sentido (NETO, 2012).

A vida é, em toda sua complexidade e magnitude, plena de sentido. A fé última no sentido da vida, que permanece até nas situações mais degradantes, este é o estado de esperança verificado por Kübler-Ross ao longo de sua atuação com pacientes moribundos, a mesma esperança que decorre do fato de que a vontade de sentido pressuposta em todo ser humano constata que a vida tem sim um sentido a ser desvelado (NETO, 2012).

Deve-se, contudo, fazer entender que é enfocando a dimensão espiritual do paciente, bem como sua capacidade de transcendência para a experimentação de valores de atitude, a liberdade de sua vontade responsável por si mesmo e sua liberdade interior, que ele pode vir a encontrar sentido e, portanto, viver uma vida digna, mesmo à sombra de uma doença incurável (NETO, 2012).

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde os primeiros meses de vida, onde a criança vive a ausência da mãe e, essas ausências são vividas como mortes e a criança se sente abandonada e desamparada. Podem ser em breves ou longos momentos, mas logo alguém aparece. Essa primeira impressão marca uma das representações mais fortes de todos os tempos que é a morte como ausência, perda, separação, desamparo. (KOVACS, 2015).

É uma tarefa difícil para crianças definirem vida e morte, pois em sua percepção, a morte é reversível e na realidade não é assim. A morte vem acompanhada da dor e é necessário se viver o processo de luto, principalmente pela criança, que também precisa processar suas perdas, chorar, se desesperar e depois se conformar, como o adulto.

As crianças terminais, além de terem medo da morte, também apresentam medo do sofrimento e do tratamento, que pioram pelo fato da criança, devido aos procedimentos e situações, precisam se distanciar de sua família. Tentar esconder a verdade provoca na criança um sentimento de estar sendo enganado, o que leva a um profundo sentimento de solidão. (KOVACS, 2015).

Crianças tem a percepção da “morte”, mesmo que não tenha sido passada para elas a respeito da gravidade de sua doença e mesmo não correlacionando muito bem a situação. Isso acontece porque a criança tem um contato direto e íntimo com seu corpo, o que a faz perceber o efeito que a doença provoca, deixando a criança extremamente angustiada, com sentimento de rejeição, enganação e separação.

Para os profissionais de saúde, compreender o significado da morte dará a oportunidade de compreender a maneira como eles atribuem os significados à morte de pessoas com câncer, e frente a esse conhecimento, poderão desenvolver algumas ações com o objetivo de acolhê-los e ao mesmo tempo criar espaços para discutir a temática morte, que é considerada um tabu por nossa cultura ocidental. (CUNHA, 2017)

Na cultura ocidental a morte é cada vez mais escondida, por ser considerado um momento de fragilidade e vergonha e, por isso, deve acontecer em silêncio para não incomodar ninguém. Como resultado, as pessoas, quando indagadas a respeito de como "querem morrer", sonham com a boa morte, em geral morrer dormindo, pois assim não sentirão a morte e não incomodarão ninguém (FONTOURA, 2013), porém, a morte, por mais difícil que seja de aceitar, tem que se encarada de forma normal, visto que é um evento natural que todos estão propensos a se submeter. É importante que seja vivenciado todas as fases de luto e cabe ressaltar que cada pessoa reage de uma forma no processo de morte, devendo ser respeitado seu momento de luto.

2.2 Processo de morrer e seus estágios

Situações de estágios avançados de câncer são extremamente temidas, pelo fato de estarem ligadas à dor, ao desgaste físico e moral e, principalmente, à morte. E esse sofrimento não fica apenas voltado ao paciente em si, mas se estende por toda família, trazendo insegurança e medo, sendo necessário o aporte de profissionais devidamente preparados para poder lidar com toda essa complexidade de se tratar de um paciente que não tem mais a chance de cura.

Saber da sua morte provoca nos pacientes diferentes reações, que contribuem para um processo complexo. Uns passam a ver a vida com outros olhos, valorizando o tempo que ainda tem, favorecendo uma adaptação, enquanto outros se retraem e passam a viver o medo.

Os cuidados paliativos específicos para crianças têm como princípios prestar cuidado ativo e total à criança no contexto do seu corpo, mente e alma e oferecer suporte à família; iniciar os cuidados ao diagnóstico da doença e continuar até a morte, independente da criança receber ou não tratamento direcionado à doença; avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança; realizar uma abordagem multidisciplinar que inclua a família que possa ser prestado até mesmo em lares de crianças. (WHO, 2019)

Na abordagem sobre a morte e o processo de morrer, a comunicação é fundamental, tanto na sua forma quanto no seu conteúdo. É preciso haver clareza na mensagem e

adequação cultural para que não ocorram dúvidas o seu entendimento. É importante considerar o emissor, a mensagem e o receptor, especialmente porque o tema é de difícil abordagem e o receptor está em situação de sofrimento. (LIMA et al., 2017)

A comunicação clara faz parte desse processo de cuidados e o enfermeiro precisa aplicar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos, mas também deve ter sensibilidade ao falar, pois a comunicação promove mais segurança no cuidado, além de criar vínculos.

As maneiras de cuidar de pessoas em processo de morte e morrer e de suas famílias precisam ser bem exploradas nos processos de formação, de modo que se trabalhem os aspectos culturais e religiosos, os tabus e as crenças das pessoas sobre a morte. (PETERS et al., 2013)

O processo de morrer pode ser definido como o período vivenciado pelo paciente desde o diagnóstico de uma doença incurável até sua morte. Durante esse período, o paciente passa pelos estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. (CARMO, 2015)

O primeiro estágio do processo de luto elaborado pela psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1969) é a negação e o isolamento. Geralmente ocorre logo que o paciente recebe o diagnóstico de sua patologia e procura provar que houve um engano, levando um tempo para absorver a ideia. É um momento de “defesa”, onde o paciente luta contra a realidade.

O segundo estágio é a raiva, onde a revolta de saber que vai morrer se instala e da vez à dor psíquica, manifestando atitudes agressivas e questionamentos do tipo “como que isso me aconteceu?” ou “porque isso foi acontecer logo comigo? Tanta gente ruim para morrer” Nesse estágio, é importante que haja compreensão tanto da família quanto da equipe multidisciplinar com o doente.

Transformar a dor psíquica em agressão é mais ou menos o que acontece em crianças com depressão. É importante que nesse estágio haja compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte. (MACHADO et al., 2014)

O terceiro estágio é a barganha, onde a maioria é feita com Deus, momento em que o paciente se conecta com Deus em busca do milagre da cura e geralmente, é mantida em segredo. O paciente passa a ser sereno, flexível, em uma tentativa de uma possível promessa à Deus, como uma “oferta” em troca da vida. Passa a ser colaborativo com os profissionais que o assistem.

O quarto estágio vem como a depressão. O paciente já não consegue negar as condições de sua doença, toma consciência de sua debilidade e, claramente, sente suas perspectivas de morte. Ele começa a ter consciência de que as outras fases já vivenciadas não

resolveram seu quadro clínico e surge, então, o sofrimento. O paciente finalmente percebe e entende o grau de sua enfermidade e tem pensamentos do tipo “Eu não posso fazer minha família passar por isso”. Ele entra em uma fase de profunda tristeza e desanimo, acompanhado de muito choro. O paciente começa a se entregar a doença, não tendo “forças” mais para lutar. (MACHADO et al., 2014)

E o quinto e ultimo estágio é o da aceitação. Nesse estágio, o paciente já não nega sua realidade e nem apresenta desespero. É um momento em que ele se encontra sereno e tranquilo, o que não pode ser confundido como estagio de felicidade, pois o paciente encontra-se extremamente cansado e “fugir” dos sentimentos. Se entrega totalmente à doença e está pronto para a morte. É função do enfermeiro, nesse estagio, dar total apoio ao paciente e sua família, visto que é um estagio de extrema sensibilidade e o estagio que antecipa a morte do paciente.

2. 3 A atuação do enfermeiro no processo de morrer

Os profissionais da área da saúde são expostos a situações de enfrentamento da morte de pessoas sob sua assistência, principalmente os que atuam em instituições hospitalares. Apesar desse confronto com a morte no seu cotidiano de trabalho, esses profissionais encontram dificuldade em encará-la como parte integrante da vida, considerando, na maioria das vezes, a morte como um fracasso na sua assistência.

Na formação dos profissionais da saúde há o predomínio do estilo de atenção ao paciente, onde o corpo é visto como uma máquina, sendo a única finalidade a de intervenção. Porém, na oncologia pediátrica busca-se uma visão ampliada de cuidado através da reflexão contínua sobre sua prática, por meio da compreensão de que o conhecimento não é único meio para auxílio destes pacientes, mas que é sim necessário pensar com o coração e a alma (AVANCI et al., 2009).

Com o avanço da tecnologia, o processo de viver se prolongou. Por isso, junto com esse prolongamento da vida, os profissionais de saúde perceberam que mesmo sem chances de cura é possível sim prestar um atendimento digno, visando a qualidade de vida e aporte a esse paciente por meio da abordagem aos familiares e assistência interdisciplinar nesses momentos finais da vida. (HERMES, 2013)

É com a proximidade da morte que o sentido da vida se expressa de forma mais clara. O enfermeiro de cuidados paliativos deve atentar para os propósitos de vida da pessoa e estar

sensível à perda de propósito e ao sofrimento da pessoa que está morrendo (FONTOURA, 2013).

O cuidar em enfermagem exige que o profissional tenha um olhar abrangente e humanizado com o intuito de assistir à pessoa em sua integralidade, respeitando-a nos aspectos biopsicossociais e nas suas particularidades, deixando de valorizar somente a execução de técnicas e práticas específicas (SILVA et. al., 2015)

Para os enfermeiros, oferecer cuidados paliativos é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, compreendendo que, por mais que suas ações não sejam curativas, podem oferecer ao paciente uma morte digna. (MONTEIRO et al, 2010)

Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado na fase terminal de um indivíduo é responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, cada um dentro da área de suas competências.

A avaliação deve ser cuidadosa e incluir dimensões psicossociais e espirituais da experiência da doença grave do paciente e da família, e não somente o problema físico, a patologia em si. Com essa conduta, obtém-se uma compreensão mais ampla de como a vida do doente e sua família foi afetada com tal doença, o que leva ao cuidado de enfermagem que abordará todas as necessidades. (HINKLE; CHEEVER, 2015)

> “As enfermeiras são responsáveis por educar os pacientes a respeito das possibilidades e probabilidades inerentes à doença e ao convívio com esta, bem como por apoiá-los quando realizarem a revisão de vida, a explicitação dos valores, a tomada de decisão do tratamento e o fechamento do término da vida.” (HINKLE; CHEEVER, 2015, p 391)

Os pacientes querem e tem direito de saber sobre a doença e sobre as opções de término da vida, não sendo eles prejudicados pelo fato de se ter um diálogo aberto sobre a morte. (BAILEY 2010) Por isso, os enfermeiros devem estar culturalmente cientes e sensíveis em suas condutas, a fim de terem uma atitude franca e uma comunicação aberta com os pacientes e família sobre a morte.

Para prestar um cuidado de qualidade voltado ao paciente em fase terminal e sua família, o profissional de saúde deve deixar de lado seus achismos e atitudes para que assim consigam descobrir de qual forma e qual o nível de revelação será mais significante para o paciente e sua família, respeitando suas crenças.

> “Embora o histórico de enfermagem deva incluir a afiliação religiosa, a avaliação espiritual é conceitualmente muito mais ampla que a religião e, por conseguinte, é relevante, independentemente da expressão do paciente acerca de sua preferência ou afiliação religiosa.” (BRUNNER 2018, p 388.)

Os enfermeiros que prestam assistência ao paciente em fase terminal deve apoiar o paciente e sua família, ouvindo-os, os incentivando a compartilharem seus sentimentos, sejam eles quais forem, ajudar o paciente a encontrar significado em sua vida, incentivando em relação as circunstâncias sempre que possível, fornecer informações exatas, apoiando assim, a esperança e se tornando um profissional mais capacitado para atuar com pacientes gravemente doentes.

A relação entre os profissionais de saúde e os pacientes é marcada pela forma com que cada um vivencia seu processo de morrer. Muito se fala sobre a existência de um certo tipo de acompanhante, o compreensivo e participativo como sendo o “tipo ideal” de acompanhante, pelo fato de ser um período de muito sofrimento, angústia. A incompreensão da família aumenta a busca por atenção dos profissionais que assistem à esse paciente, sendo necessário que o profissional tenha que dar uma pausa no que estão fazendo para poder esclarecer dúvidas e questionamentos frente ao cuidado prestado ao paciente. (KAPPAUN et al., 2015)

Vivenciar a terminalidade de uma criança não é um momento fácil, visto que a criança é vista como um ser inocente, indefeso e frágil, que está disposto a conhecer o mundo e que, quando morre, desperta nas pessoas de seu convívio e os profissionais que a assistiram durante seu processo de morrer diversas reflexões, como o fato de a criança estar apenas começando sua vida, tendo tanta vida ainda pela frente, o que pode levar o profissional a ter um sentimento de impotência diante tal acontecimento. Porém, apesar desse sentimento, o enfermeiro deve atuar de forma consciente, com responsabilidade e ética, com ações que visem um cuidar de forma integral e humanizada, tanto para o paciente no processo de morrer quanto para sua família e pessoas do convívio.

A terminalidade e o evento da morte repercutem na ação do cuidador e na relação com o paciente, o que não significa, porém, que o processo seja de modo inevitável, marcado pela desesperança. Técnicas, ações e posturas facilitadoras da elaboração das perdas consequentes do óbito de crianças com câncer, não são respostas simples nem reducionistas, mas resultam do esforço da interpretação da morte e das perdas cotidianas. A criança atendida usufruirá das melhores condições de cuidado se a ação paliativa for exercida por um cuidador equilibrado, seguro e resolvido em suas próprias questões de morte. (FÄRBER, 2013)

O profissional deve estar sempre visando oferecer conforto e diminuir a dor do paciente, fazendo com que a qualidade da morte do mesmo seja feita em paz e com dignidade. É de suma importância que o enfermeiro respeite os momentos de luto do paciente e que o mesmo se permita viver todas essas fases, para então, morrer em paz.

3 CICLO PEDIÁTRICO

Nesse capítulo será abordado sobre o ciclo pediátrico, bem como sobre as fases do ciclo vital, sobre o paciente oncológico pediátrico e as neoplasias mais incidentes nessa faixa etária.

3.1 Desenvolvimento infantil

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado infância o período compreendido entre o nascimento até os 12 anos de idade (ECA, 2010) e é na infância que, a partir da convivência com a família e com a sociedade que a pessoa constrói suas relações, seja com si mesmo ou com o mundo externo e é a partir dai que a criança começa a estruturar sua personalidade, o que vai servir de base para todas as suas experiências futuras.

O desenvolvimento infantil é visto como um período de previsibilidade, levando em conta as características e a desenvoltura das crianças terem uma "ordem determinada". Por conta disso, as crianças são avaliadas como normais quando seu amadurecimento segue a ordem esperada para sua idade, como o fato de aprender a agarrar entre o 4º e 5º mês de vida ou começar a engatinhar em meados do 8º mês de vida.

> "Pensar a infância hoje enquanto objeto de conhecimento significa resgatar as representações construídas sobre ela a partir da modernidade, quando surge a preocupação em criar uma ciência e um saber sobre a criança fundamentado na visão dos especialistas sobre a infância." (ASSUNÇÃO et al, 2012, p. 95)

As etapas do desenvolvimento humano são divididas em fases, onde em cada uma delas evidenciam sobre o desenvolvimento físico e mental do ser humano, que servem de base para a avaliação feita pelo profissional de saúde e que, caso haja algum retardo no desenvolvimento do paciente, já sejam realizadas as condutas necessárias e o encaminhamento para outros profissionais da equipe multidisciplinar.

O ciclo vital é dividido por oito fases, sendo elas a pré-natal (da concepção ao nascimento); primeira infância (do nascimento aos 3 anos); segunda infância (dos 3 aos 6 anos); terceira infância (dos 6 aos 11 anos de idade); adolescência (dos 11 aos 18 anos); jovem adulto (19 aos 40 anos); meia-idade (dos 41 aos 65 anos) e, por fim, a terceira idade (dos 66 anos em diante). (MELCHIORI; RODRIGUES 2014). Porém, para o presente

trabalho, iremos focar nas fases que compreendem a infância, que são divididas em três: primeira, segunda e terceira infância.

A faixa etária compreendida pela fase da primeira infância abrange crianças desde o seu nascimento até os 3 anos de idade e é uma fase de extrema importância para o desenvolvimento dessa criança, não apenas para o momento em que se vive, mas interferindo até a fase adulta. (MDS, 2019)

> "A criança que tem condições adequadas de crescimento, de nutrição, de cuidado e de estimulação até os 2 anos de vida será um adulto mais produtivo e mais inteligente. Além disso, muitas doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, são determinadas, em parte, pelo desenvolvimento dos órgãos da criança nesse período." (MDS, 2019)

É nessa fase que a criança estabelece seus vínculos, por meio do contato visual, do toque, da voz e do cheiro, principalmente no ato da amamentação, onde há um contato maior com a mãe, possibilitando uma vivência única de grande afeto e carinho. Também começa a apresentar algumas interações com o mundo exterior por meio de estímulos. (TORRES et al., 2014)

Um fator muito importante dessa fase também é a amamentação, visto que o leite materno é um "liquido vivo" completo, que contém todas as substâncias e nutrientes que o bebê necessita, além de proteger o bebê de diversas alergias, infecções e outras doenças. (TORRES et al., 2014)

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde do Brasil, é recomendado que o bebê tenha nos primeiros 6 meses de vida a amamentação materna como alimentação exclusiva, sem oferecer agua, chás ou outros alimentos nesse período, com exceção se houver recomendação médica.

A segunda infância é a fase do final do pensamento mágico e início do pensamento lógico, onde a criança começa a fazer amizades, viver em lugares diferentes como a escola ou creche por exemplo. É também a fase onde a criança vai aprender a controlar seus sentimentos, o que é um dos mais importantes avanços do desenvolvimento infantil. Compreende dos 3 aos 6 anos de idade e, por volta dos 4 anos, a criança já está completamente desenvolta. (TORRES et al., 2014)

A criança, nessa fase, começa a usar palavras, imagens e símbolos mentais para representar pessoas e coisas que não estão presentes, porém ainda não consegue se colocar no lugar do outro. (FONSACA, 2011).

Na terceira infância, a criança se encontra na idade escolar, dos 6 aos 11 anos de idade e nessa fase ocorre uma grande evolução em termos qualitativos. Ela começa a saber mais sobre influência social, já que passa a conviver com mais pessoas. Nessa fase, a criança começa a formar sua personalidade e a criar exigências sobre sua própria vida, como no modo de vestir ou qual tipo de atividade quer ou não realizar. (TORRES et al., 2014)

A criança começa a ter um pensamento mais lógico e maduro sobre o mundo, mesmo essa habilidade sendo realizado apenas quando a criança vê ou experimenta, ou seja, apenas no concreto. É interessante que nessa fase seja estimulado o aprendizado em forma de comparação, contagem, analises e experimentos, uma vez que essas práticas facilitem o aprendizado da mesma. (MELCHIORI; RODRIGUES, 2014)

A partir desse ponto, a criança começa a entrar na fase da puberdade, onde começam a surgir curiosidades em relação a si mesmo e ao outro, o corpo começa a sofrer alterações e ela percebe que o mundo infantil está se modificando, embora o processo ainda seja desconhecido para ela. A criança começa a observar mais as pessoas ao seu redor e a palavra sexo e tudo que a ele é relacionado começa a chamar atenção da criança. (TORRES et al., 2014)

3.2 Criança com câncer

O câncer é um conjunto de doenças que tem como característica a proliferação descontrolada de células anormais, que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar para várias partes do corpo, causando metástases, que são tumores iguais ao do tumor primário (células), ou 2º primário, que são tumores totalmente diferentes do tumor primário.

O câncer infanto-juvenil acomete crianças de 0 a 19 anos e é considerado raro se comparado aos tipos que afetam os adultos e corresponde de 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. (INCA, 2018)

> "O câncer nessa idade deve ser estudado separadamente do câncer do adulto pelas diferenças existentes entre eles quanto:
> • à localização primária dos tumores;
> • à origem histológica do tumor (o tecido que deu origem ao tumor);
> • ao comportamento clínico da doença." (INCA, 2018 p. 94)

Estima-se que, para cada ano do biênio 2018-2019 no Brasil, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Uma vez que o percentual mediano dos tumores infanto-juvenis observados nos RCBP (Registros de Câncer de Base Populacional) brasileiros é de 3%, deduz que

ocorrerão 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes. As Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 5.300 e 2.900, respectivamente, seguidas pelas Regiões Centro-Oeste (1.800 casos novos), Sul (1.300 casos novos) e Norte (1.200 casos novos).(INCA, 2018)

Embora na criança a doença apresente menores períodos de latência, sendo consequentemente mais invasiva e rápida em seu crescimento, a resposta ao tratamento é mais efetiva nas faixas etárias menores, o que resulta em melhor prognóstico (BAUER et. al., 2015).

Os tumores pediátricos são muito mais sensíveis aos tratamentos existentes. Ao mesmo tempo em que é muito difícil lidar com uma criança com câncer, ela tem muito mais chance de sobrevida do que um adulto. Os tumores nas crianças são mais tratáveis, mas, alguns são tão agressivos que não correspondem ao tratamento e acabam levando essa criança à morte. Porém algumas especificidades do paciente pediátrico podem influenciar na sobrevida da criança, como faixa etária, perfil imunológico e tipo histológico do tumor, assim como a falta de adesão ao tratamento, devido aos efeitos colaterais nessas faixas etárias (BAUER et. al., 2015).

O câncer infantil no estágio inicial pode se tornar difícil de ser identificado, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com os sintomas de doenças comumente apresentadas na infância, como uma virose ou gripe. Muitas vezes, podem aparecer hematomas e manchas pelo corpo da criança, que podem ser confundidas com marcas de algum tipo de brincadeira ou ate mesmo dores nas articulações, que podem ser confundidas com a “dor do crescimento”.

Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve ser considerada no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se torna mais intenso para, através de seus procedimentos, garantir qualidade de vida (VALADARES, 2013).

3.3 Principais neoplasias incidentes em crianças

Apesar de raro, o câncer é a principal causa de óbito por doenças entre crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos.

As neoplasias malignas na criança tendem a apresentar menores períodos de latência, crescem quase sempre rapidamente, são geralmente invasivos e respondem melhor à quimioterapia. Diferentemente do câncer do adulto, na criança as neoplasias geralmente afetam as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, enquanto que no adulto compromete as células do epitélio que recobre os diferentes órgãos. (SBP, 2013)

Ou seja, nos pacientes pediátricos, os cânceres hematológicos são mais frequentes, seguido dos tumores do sistema nervoso central.

O câncer hematológico é o câncer que acomete o sangue e os gânglios e é dividido entre a linhagem linfoide e a linhagem mielóide. Dentre a linhagem linfoíde, que é dividida entre cinco neoplasias, temos três tipos que acometem mais as crianças, como a Leucemia Linfóide Aguda (LLA), Linfoma de Hodgkin e Linfoma não-Hodgkin.

Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é caracterizada pelo acúmulo de percussores linfóide na medula óssea. É o câncer mais comum na infância com pico de incidência nos 5 anos, mas podendo aparecer em qualquer idade. Tem 80% de chance de cura em crianças.

Quando instalada, mudam alguns plasmas sanguíneos (plaquetas, hemoglobina, leucócitos e neutrófilos).

Linfoma de Hodgkin (LH) é caracterizado pelo crescimento de células grandes e facilmente identificado no linfonodo acometido, conhecido como células de Reed-Sternberg, podendo se disseminar pelo sistema linfático. É composto por células normais e células doentes e é uma doença adquirida, não hereditária. É raro em crianças com menos de 5 anos, mas de 10 a 15% dos casos ocorrem em crianças e adolescentes até 16 anos. (FCV, 2018)

Linfoma não-Hodgkin (LNH) é um grupo heterogêneo de desordens linfoproliferativas originadas de linfócitos B, linfócitos T e células natural Killer (mais raras). É composto apenas por células doentes e sem tipo característico. Podem surgir mais de 40 tipos de LNH em partes diferentes do corpo e representa 80% dos casos de linfomas. Podem ser classificados como indolentes (baixo grau, desenvolvendo ao longo dos anos) ou agressivos (alto grau).(FCV; INCA, 2018)

Os Tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) são os tumores sólidos e representam 20% de todas as doenças malignas da infância, com maior incidência na faixa etária entre 1 a 4 anos de idade. Os tumores cerebrais apresentam particularidades que tornam seu diagnóstico e tratamento diferenciado em relação aos outros tipos de câncer infantil. (INCA, 2018). A causa da maior parte dos tumores do SNC na infância é desconhecida e mais de 70% das crianças portadoras desses tumores sobrevivem mais de 5 anos, dependendo do tipo do tumor e seu estadiamento. (LIMA, 2014)

O Neuroblastoma (NB) é um tumor sólido extracraniano maligna mais frequente na infância, sendo mais comumente em crianças menores de 5 anos e com pouca predominância em meninos. É um tumor embrionário, derivado de células precussoras do Sistema Nervoso Simpático e pode se localizar em qualquer parte da cadeia de gânglios simpáticos, como na região medular da suprarrenal. Esse tipo de tumor é considerado um importante desafio para os profissionais de saúde, visto que 15% das mortes da oncologia pediátrica estão relacionados à ele. (CARAN et al., 2018)

Tumor de Wilms (TW) é um tipo de câncer raro de rim, porém o mais comum câncer renal infantil, que geralmente atinge crianças na faixa etária de 2 aos 5 anos de idade. Os problemas que causam esse tumor se iniciam no feto enquanto as células estão amadurecendo e especializando para a formação de tecidos que compõem o órgão. Numa criança normal, algumas dessas células continuam a se desenvolver e amadurecer ao longo de quarto anos, já na criança portadora de Wilms, essas células não amadurecem e continuam se reproduzindo de forma acelerada, causando o tumor. (BUSSOLOTI, 2018).

A causa ainda é desconhecida, mas algumas condições clínicas e síndromes genéticas podem estar associadas ao desenvolvimento do Tumor de Wilms como a síndrome WAGR (Tumor de Wilms, Aniridia, anormalidades Genitourinárias e Retardo mental), trissomia do cromossomo 18, história familiar de Tumor de Wilms, entre outros. Pode afetar um ou ambos os rins e em alguns casos pode ocorrer metástase, mais comumente para o pulmão, seguido do fígado, cérebro, ossos e linfonodos. (INCA, 2018)

A Retinoblastoma é a neoplasia intraocular mais comum na infância e na maior parte é diagnosticada até os 3 anos de idade. Sua incidência é de um caso por 15.000 a 20.000 nascidos vivos. Esse tumor maligno acontece devido a mutação do gene Rb, que pode ser esporádica ou transmitida com um caráter autossômico dominante. É uma doença bastante agressiva, chegando invadir a órbita e a caixa craniana, com evolução fatal. (MATTOSINHO et al., 2016 p. 43)

Os Tumores Germinativos são neoplasias benignas ou malignas, derivados das células germinativas primordiais e podem acontecer em sítios gonodais (ovários ou testículos) ou extragonodais (sacrococcígeo, retroperitônio, mediastino, SNC). Representam 3,3% dos tumores malignos em crianças e adolescentes até 15 anos de idade. Os pacientes com TCG localizado têm de 80 a 90% de chance de sobrevida. (INCA, 2018)

Osteossarcoma (OS), apesar de raro, é o câncer ósseo primário mais comum na faixa etária pediátrica, mais precisamente na faixa dos 10 aos 15 anos de idade. É definido pela presença de células malignas mesenquimais que produzem osteóide ou osso imaturo. O

paciente portador de OS tem sobrevida de até 70% em cinco anos e a maioria dos sobreviventes tem uma qualidade de vida boa após o tratamento, visto que a cura não é vista apenas como a ausência da doença, mas também como a cura bio-psico-social e a redução de sequelas a longo prazo. (MARTINS et al, 2012 p. 235-236)

O Rabdomiossarcoma (RMS) é o tipo mais comum de tumor de partes moles em crianças entre 0 a 14 anos, sendo responsável por 6% de todos os tumores infantis e, entre os tumores de partes moles, 53% são RMS. Derivado das células mesenquimais primitivas, precursoras do músculo esquelético estriado, podem acometer qualquer sítio, tendo mais evidência na cabeça e pescoço, seguido do aparelho geniturinário e extremidades. (LIMA et al, 2011, p. 363)

A partir desse ponto, será abordado o papel do Enfermeiro, sendo reconhecido como profissional nesse campo de atuação, mostrando o quanto o atendimento humanizado no processo de morrer interfere significantemente em uma melhora da qualidade de vida do paciente, uma vez que a criança e seus familiares tem sua rotina totalmente transformada após o diagnostico de câncer.

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM CÂNCER TERMINAL

Este último capítulo abordará sobre a conduta do profissional Enfermeiro frente à criança com câncer terminal, com humanização, visando seu bem estar e dando suporte à família da criança enferma.

A descoberta do câncer traz inúmeros sentimentos à criança e a sua família, como o medo do sofrimento, da dor e principalmente da morte. A rotina é completamente mudada por conta dessa doença e cada criança e família vão ter diferentes formas de expressar suas reações e sentimentos e tudo vai depender não apenas do estágio que a doença se encontra ou da personalidade de cada um, mas também dos cuidados que serão realizados pelos profissionais para um melhor enfrentamento da criança com essa doença e da família, que estará passando por uma situação muito difícil que é a de um familiar jovem com uma doença tão assustadora como o câncer.

Além disso, os profissionais de saúde que assistirem a esse paciente devem conhecer os aspectos que envolvem a doença, a fim de ter uma relação mais humana e completa com o paciente e sua família, uma vez que além do diagnóstico e prognóstico, existem sentimentos envolvidos nesse contexto.

O Enfermeiro que assiste uma criança com câncer deve ter conhecimento na fisiopatologia dos diferentes tipos de câncer que mais acometem as crianças, bem como suas modalidades de tratamento, devem prestar um cuidado humanizado tanto a criança quanto a sua família e saber como se dá o processo de desenvolvimento normal de uma criança, para que seja um profissional habilitado para assistir a essa criança com câncer e tenha autonomia para discutir junto à equipe multidisciplinar as melhores abordagens para o acompanhamento desse paciente. (SORIANO, 2010)

Na assistência integral da criança enferma, devem estar incluídos não só o processo de alivio da dor, mas também deve ser dada uma atenção aos aspectos sociais da doença.

A Enfermagem, levando em conta de que o fato de a criança ser portadora de câncer e isso acabar gerando um desgaste emocional e adoecimento familiar deve visar realizar um cuidado integral a fim de inserir a família, visto que esta precisará de suporte e apoio emocional para que continue administrando os cuidados necessários à situação em que se encontra. (DIEFENBACH et al. 2012)

> “Considerando que a hospitalização, além de sinônimo de total exposição do corpo, representa para a criança uma situação nova, diferente de todas as outras experiências vividas por ela, não se deve, à medida que é internada no hospital, percebê-la como um corpo fragmentado, passível de ser manipulado, codificado e mensurado por diferentes pessoas, em diferentes turnos.” (DIEFENBACH et al. 2012)

O impacto da hospitalização ocorre em qualquer fase do desenvolvimento infantil, mas em crianças com idade inferior a 4 anos de idade os episódios de desestruturação são mais comuns, pelo fato de não terem um recurso cognitivo e emocional para lidarem com a doença e a hospitalização, uma vez que foram afastadas do convívio social, o que pode ocasionar em perdas significativas para o psiquismo infantil dessas crianças hospitalizadas. (ALVES, 2012)

Uma vez que a doença de uma criança repercute e transforma a vida de toda uma família, é importante que tanto o paciente quanto seus familiares tenham total apoio dos profissionais que os assistem, a fim de proporcionar um acolhimento nesse momento tão delicado e de muitos medos, anseios, partindo para um cuidado que vá além do foco exclusivo na doença. (ALVES, 2012)

O profissional que assiste uma criança com câncer vai conviver com uma especificidade relacionada ao seu trabalho, que é o fato de estar cuidando de um paciente jovem, com uma doença crônica que não tem cura, mas sempre proporcionando o alívio de sua dor e promovendo um ambiente acolhedor para lidar com as dificuldades dessa doença e da terminalidade.

Os cuidados paliativos à criança com câncer em fase terminal devem atender às necessidades biopsicossociais das crianças, promovendo uma qualidade de vida, garantindo dignidade e proporcionando uma morte digna. A equipe multidisciplinar envolvida na assistência deve ser visto como um apoio no enfrentamento, pela criança e sua família. (GUIMARÃES et al., 2017)

As enfermeiras são as responsáveis por educar os pacientes e suas famílias a respeito de sua doença bem como o convívio com ela e também por apoiá-los na realização da tomada de decisões do tratamento e até mesmo no fechamento da vida. A única maneira de realizar esse tipo de ação é tentando compreender a doença e o momento vivido pelo olhar do paciente e sua família e, para fazer isso, o profissional deverá realizar uma avaliação cuidadosa desse paciente, incluindo não apenas os problemas físicos, mas também as dimensões psicossociais e espirituais da experiência da doença grave do paciente e da sua família. (HINKLE; CHEEVER, 2015)

O profissional de Enfermagem deve seguir etapas para estabelecer ações de cuidados para o paciente que se encontra em fase terminal. De início, o enfermeiro deve iniciar a discussão, estabelecendo uma relação de apoio ao paciente e sua família, pontuando a finalidade da conversa entre o paciente/família com a equipe, garantindo que o plano de cuidados é coerente às preferências da família, por se tratar de uma criança e, assim, descobrir qual é a melhor forma de apoiar ambos. (HINKLE; CHEEVER, 2015) Deve sempre se atentar se a família ou o paciente tem algum tipo de dúvida ou alguma preocupação, dando total suporte, estabelecendo assim um vínculo.

Depois, deve se certificar de que o paciente e a família compreenderam o plano de tratamento médico e prognóstico, identificando as falhas no conhecimento e usando uma linguagem clara para exemplificar e acionando outros membros da equipe multidisciplinar para que também assistam a esse paciente e sua família.

É imprescindível que, não só o Enfermeiro, mas toda a equipe de saúde dê ao paciente e sua família o tempo necessário e suficiente para que eles tenham uma resposta emocional a tudo que vem vivenciado, respeitando seu tempo e deixar aberto para que eles exponham quais suas prioridades no momento. E então, fornecer orientações e explicações que facilitem a compreensão das opções médicas. (HINKLE; CHEEVER, 2015)

Segundo HERMES (2013), o enfermeiro que assiste pacientes em cuidados paliativos com câncer precisa saber orientar tanto o paciente quanto sua família sobre os cuidados que serão realizados, tanto quanto os medicamentos que serão administrados e os procedimentos que serão realizados. O enfermeiro é quem cuida, mas também deve saber educar em saúde, sempre de maneira clara e objetiva, facilitando o entendimento do paciente e da família, sendo prático e seguro com suas ações, sempre visando no bem estar de seus pacientes.

Ações como o toque, a escuta, o carinho, a sensibilidade ao sofrimento do outro são atitudes que envolvem o cuidar e representam um elo do cuidador com a criança. As ações não devem estar apenas ligadas as atribuições técnicas de realização de procedimentos paliativos, mas também na dedicação de um tempo para a família e para a criança, deixando-as expressarem seus sentimentos, medos, anseios, dúvidas e questionamentos, permitindo que criem condições para enfrentar o momento. (MONTEIRO, 2014)

Os enfermeiros devem saber reconhecer a importância de atender as necessidades da criança em relação ao que ela está sentindo no momento, não apenas em relação aos sintomas apresentados, prestando um cuidado basicamente voltado ao que ela precisa no momento, seja uma conversa ou algo que ela deseja comer. (MONTEIRO, 2014)

Dentre os sintomas físicos mais frequentes na criança com câncer em estado terminal estão: dor, inapetência, dificuldade de se movimentar, fadiga. Dentre os psicológicos, pontuamos: tristeza, medo da solidão e o bloqueio de falar com a família sobre o câncer e sobre a morte. Sobre os aspectos sociais, os que mais são sentidos é a falta da escola e do lazer. Entre os pais, os sintomas mais frequentes são o sofrimento de ver as limitações físicas do filho, o medo da morte, raiva, tristeza e impotência, pelo fato de não poderem fazer algo para tirarem seu filho dessa situação. (COSTA; CEOLIM, 2010)

O controle da dor é prioridade na fase terminal e é uma intervenção fundamental da enfermagem, pelo fato da dor ser um dos sintomas mais frequentes no paciente oncológico, sendo tratada pela medição do nível da dor descrita pela criança e intervenção de analgésicos, segundo a Organização Mundial de Saúde. (COSTA; CEOLIM 2010)

Ao assistir uma criança com câncer, a equipe de enfermagem deve estar sensibilizada e atenta a proporcionar um ambiente confortável para essa criança, posicionando-a de forma que ela fique a vontade, realizando a higiene corporal de forma delicada e cuidadosa, a fim de não realizar movimentos bruscos que vão favorecer a fadiga e, consequentemente, o esforço respiratório, deve estar atento a estabelecer o controle da dor e de outros sintomas advindos da patologia e do processo de morrer e promover o repouso do paciente. O alívio e o conforto são inevitáveis quando a morte já está por vir, tanto para o paciente quanto para sua família, que ficam “confortáveis” ao saber que a criança não está sofrendo. (CARMO et al., 2014)

A equipe também deve propor aos familiares que estejam juntos da criança que está morrendo, transmitindo carinho e dando força para essa criança, que teme ser deixada sozinha e abandonada nessa fase, e, quando a família precisar se ausentar, a equipe deve permanecer com ela para que ela não se sinta sozinha. (CARMO et al., 2014)

O enfermeiro deve estar preparado também para promover a despedida da família com a criança em fase terminal, onde vai estimular na aproximação da família no momento de separação, demarcado pela morte da criança.

Morais et al. (2013) conclui que o objetivo principal e prioritário do enfermeiro que assiste uma criança com câncer é a promoção do conforto, ação essa que vai demonstrar que, mesmo sem possibilidade de cura, o cuidar vai sempre existir, visando melhorar a qualidade de vida que fora alterada por conta do desgaste físico e emocional que essa criança se encontra devido a proximidade da morte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer infantil é uma patologia que não afeta apenas a criança e seu estado físico, mas também seu estado psicológico e de seus familiares. A enfermagem nesse aspecto específico tem a responsabilidade de humanizar a assistência e como profissional deve sempre estar atento as reais necessidades, sejam elas fisiológicas ou psicológicas, ao bem estar social, a tranquilidade, a fim de preparar esse paciente e sua família para receber notícias advindas de sua patologia.

A proximidade da morte de uma criança traz dor e sofrimento para a família, pois além de toda a dificuldade envolvida em torno da aceitação da morte da criança, que, por costume, é vista como um ser cheio de vida, a morte ainda é um tabu para a sociedade.

A complexidade de se trabalhar nessa área demonstra o quanto é relevante a responsabilidade social dos profissionais de Enfermagem frente às necessidades da criança e sua família. E, quando essa responsabilidade é dividida com toda a equipe multidisciplinar, as dimensões do cuidar se ampliam e as necessidades passam a ser consideradas de forma integral.

Portanto, a prática da Enfermagem nos cuidados paliativos do paciente oncológico pediátrico deve ter uma concepção clara, enfatizando que na abordagem dessa prática é necessário assegurar a qualidade de vida da criança em fase terminal, aliviando suas dores, proporcionando um ambiente seguro, bem como prestando uma assistência norteada de compaixão e honestidade, garantindo dignidade, respeitando sua individualidade e propiciando serenidade antes da morte, tendo em vista a humanização do cuidado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Roberta Cancella Pinheiro. **Vivências de profissionais de saúde na assistência a crianças e adolescentes com câncer**: um estudo fenomenológico. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. doi:10.11606/D.59.2012.tde-05112012-142055. Disponível em:<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-05112012-142055/pt-br.php> Acesso em: 22 set. 2019

AVANCI, Barbara Soares *et al*. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem**. Esc Anna Nery RevEnferm, v. 13, ed. 4, p. 709-716, 2009.

BAUER, Débora Fernanda V *et al*. **Crianças com câncer: caracterização das internações em um hospital escola público**, Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, p. 9-16, 2015. Disponível em:<**http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16021/16936**>. Acesso em: 21 set. 2019.

BUSSOLOTTI, Raquel M. **Tipos de câncer**: **Wilms.** A.C.Camargo, 2018. Disponível em:<https://accamargo.org.br/tipos-de-cancer/wilms>. Acesso em: 8 ago. 2019.

CANTÍDIO, Farley Soares *et al*. **Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem.** Revista Investigación y educaciónenenfermería, Medellín, Colômbia, v. 29, ed.3, p. 407-418, 2011. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406009.pdf>.Acesso em: 14 ago. 2019.

CARAN, Eliana Maria Monteiro *et al*. **Aspectos clínicos, epidemiológicos e sobrevida de crianças com neuroblastoma:: 21 anos de experiência do instituto de oncologia pediátrica, são paulo.** Revista Paulista Pediatrica, v. 36, ed. 3, p. 254-260, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n3/0103-0582-rpp-2018-36-3-00007.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

CARMO, Sandra Alves do; OLIVEIRA, Isabel C. dos Santos. **Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem**. p. 131-138, 2015. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf>Acesso em: 27 set. 2019.

COSTA, Thailly Faria da; CEOLIM, Maria Filomena. **A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 4, p. 776-784, Dec. 2010 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400023>. Acesso em: 03 nov. 2019 http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400023.

CUNHA, José Henrique S. **Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017.

DIEFENBACH, Facim, DENARDINI, Grassele; MOTTA,Maria da Graça C. da, **o cuidar em enfermagem: família e criança com dor oncológica.**Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 3, 2012, pp. 458-463 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648964007.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019

FÄRBER, Sônia Sirtoli. **Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico.** Cafajeste. saúde colet. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 267-271, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 23 set. 2019

FCV. Fundação Cristiano Varela. Câncer. *In*: **Doenças onco-hematológicas**: Linfoma de Hodkin. Muriaé, 2018.

FCV. Fundação Cristiano Varela. Câncer. *In*: **Doenças onco-hematológicas**: Linfoma Não-Hodkin. Murié, 2018.

FONSACA, Kriscieli; ARAÚJO, Diana Sales Lima. **Desenvolvimento cognitivo: um estudo de caso na segunda infância.** 2014. Disponível em:<https://educere.bruc.com.br/cd2011/pdf/5713_3013.pdf>. Acesso em: 1 set. 2019.

FONTOURA, Elaine Guedes. **Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer.** Tese (Pós-graduação Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, 2013.

GUIMARÃES TM, Silva LF, Espírito Santo FH, Moraes JRMM, Pacheco STA.**Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro.**Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e65409 doi: http://dx.doi. org/10.1590/1983-1447.2017.01.65409. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/65409/41016>Acesso em: 23 set. 2019.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2577-2588, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 06 out. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. *In*: BRUNNER &Suddarth. 13ª. ed. 2015. v. 1.

INCA. Ministério da Saúde (BRASIL). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.**. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. Disponível em:< https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-cancer-2ed.pdf> Acesso em: 17 out. 2019

____. Ministério da Saúde (BR). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf> Acesso em: 17 out. 2019

____. Câncer. *In*: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **O que é câncer?** Instituto Nacional do Câncer, 2016. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 1 out. 2019.

____. Câncer. *In*: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Tipos de câncer**: **Linfoma não-Hodking** Instituto Nacional do Câncer, 2016. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/linfoma-nao-hodgkin>. Acesso em: 8ago. 2019.

____. Câncer. *In*: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Tipos de câncer: Tumores de células germinativas.** Instituto Nacional do Câncer, 2018. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/tumores-de-celulas-germinativas>. Acesso em: 4ago. 2019.

____. Câncer. *In*: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Tipos de câncer: Tumor de Wilms.**Instituto Nacional do Câncer, 2018. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/tumor-de-wilms/profissional-de-saude>. Acesso em: 8 ago. 2019.

INCONTRI, Dora *et al*. **As leis, a educação e a morte - uma proposta pedagógica de tanatologia no Brasil.** El conocimiento de los valores, p. 73-82, 2011. Disponível em:<http://www.hottopos.com/isle9/73-82Dora.pdf>Acesso em: 27 set. 2019.

JÚNIOR, Fernando José Guedes da S. *et al*. **Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem**, Brasil, v. 64, ed. 6, p. 1122-1126, 2011. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538020.pdf> Acesso em: 16 ago. 2019

KAPPAUN, Nádia Roberta Chaves; GOMEZ, Carlos Minayo. **O trabalho de tratamento de pacientes terminais com câncer.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2549-2557, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 29 out. 2019

KOVÁC, Maria Julia.**A caminho da morte com dignidade no século XXI.** Revista Bioética, v. 22, n. 1, 2014, pp. 94-104 Conselho Federal de Medicina, Brasil. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533264009.pdf> Acesso em:05 set. 2019.

LIMA, Benicio Oton de. **Neoplasias do Sistema Nervoso Central na infância: novas perspectivas e abordagens.** Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 18, ed. 2, p. 139-147, 2014. Disponível em:<https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/81/42>. Acesso em: 30 ago. 2019.

LIMA, Livia Lima de et al . **Rabdomiossarcoma alveolar cutâneo primário em paciente pediátrico**. An. Bras. Dermatol**.**, Rio de Janeiro , v. 86, n. 2, p. 363-365, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000200025&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 set. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200025

LIMA, Roberta de *et al*. **A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso**. REME - Rev Min Enferm**.**, v.21, 2017.Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1178>Acesso em: 20 set. 2019.

MACHADO, Maria Eugênia da C. *et al*. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos**. Revista Psicologia e Saúde, v. 6, n. 1, p. 28-36, Jan 2014.

MARTINS, Gisele Eiras; PEREZ, Stela Verzinhasse. **Acompanhamento do paciente tratado de osteosarcoma.** São Paulo, v. 20, ed. 4, p. 235-239, 2012. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/657/65722908009.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

MATTOSINHO, Clarissa Campolina de Sá *et al*. **Diagnóstico do retinoblastoma: sinais de apresentação e intervalos diagnósticos.** Revista pediatria SOPERJ, v. 17, ed. 1, 2017.

MDS. Brasil. A primeira infância. *In*: **A primeira infância**. Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em:<http://mds.gov.br/assuntos/crianca-feliz/crianca-feliz/a-primeira-infancia>. Acesso em: 30 out. 2019.

MELCHIORI, Lígia Ebner; RODRIGUES, Olga Maria P Rolim. **Aspectos do desenvolvimento na idade escolar e na adolescência.** p. 1-17, 2014.

MONTEIRO, Fabiana Franco; OLIVEIRA, Miriam de; VALL, Janaina. **A importância dos cuidados paliativos na enfermagem.** Cuidados paliativos, Curitiba, PR, ed. 11, p. 242-248, 2010. Disponível em:<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

MORAIS, Ilmara Cecília Pinheiro da Silva *et al*. **Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura.** v. 6, n. 1, p. 96-104, 2013. Disponívelem: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/13>. Acesso em: 29 out. 2019.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. **Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 437-440, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300021> Acesso em: 14 ago. 2019.

NETO, Valdir Barbosa Lima. **Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico.** Universidade Federal do Ceará, v. 1, ed. 1, p. 38-49, 2012.

PETERS, L *et al*. **HowDeathAnxietyImpacts Nurses' Caring for PatientsattheEndof Life: A ReviewofLiterature.** Open Nurs J, p. 14-21, 24 jan. 2013. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565229/>. Acesso em: 28 set. 2019.

REZENDE, Laura C. D.; GOMES, Cristina S; MACHADO, Maria Eugênia C. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectiva em cuidados paliativos.** Revista psicologia e saúde, Campo Grande, MS, v. 6, n. 1, p. 28-36, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf.> Acesso em: 11 set. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Como diagnosticar precocemente o câncer infantojuvenil?** 2013. Disponível em: <

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/como-diagnosticar-precocemente-cancer-infanto-sbp-2013.pdf> Acesso em: 24 ago. 2019

SILVA, Marcelle Miranda da et al. **Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01 nov. 2019

TORRES, Luiz Carlos Bleggi *et al*. **Etapas do desenvolvimento humano**. Coleção Agrinho p. 183-205, 2014.

VALADARES, Maria Thereza Macedo; MOTA, Joaquim Antônio César; OLIVEIRA, Benigna Maria de. **Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão**. Rev. Bioét., Brasília , v. 21, n. 3, p. 486-493, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422013000300013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 out. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300013.

WHO. World Health Organization. **Cancer: WHO DefinitionofPalliativeCare**, 2019. Disponível em:<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>Acesso em: 14 ago. 2019.