

OS ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NEOPLASIAS E SUA RELAÇÃO COM OS CUIDADOS PALIATIVOS

EMOTIONAL ASPECTS IN CHILDREN AND TEENS WITH NEOPLASMS AND THEIR RELATIONSHIP WITH PALLIATIVE CARE

Autores

Adryelle Karlla Lopes Dias Vaz¹
Bruno Belmonte Martinelli Gomes²
Caroline Freitas Silveira¹
George Kemil Abdalla¹;
Douglas Reis Abdalla^{1*}

Resumo

Introdução: Aumentar a taxa de sobrevida a fim de reduzir os efeitos de um tratamento tardio, aliviar o sofrimento físico, psicossocial, espiritual, e regressar a criança de volta à sociedade com qualidade de vida são os propósitos dos tratamentos atuais para o câncer. **Objetivo:** analisar as evidências disponíveis sobre o abalo emocional do infante-juvenil diagnosticado com câncer, os cuidados paliativos utilizados pela equipe da saúde, e sua influência no tratamento e qualidade de vida dos pacientes. **Métodos:** A busca dos estudos primários da revisão integrativa foi realizada nas bases de dados US National Library of Medicine National Institutes of Health e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. **Resultados:** A amostra foi composta de 21 estudos primários, publicados entre janeiro de 2005 e agosto de 2015, subdivididos em dois elos. O primeiro elo analisa a influência que o abalo emocional provocado pela alteração do estado de saúde do infante-juvenil pode ocasionar como prejuízo no tratamento e na vitalidade do mesmo. Já o segundo elo busca explorar de que modo os cuidados paliativos podem interferir na emoção do paciente frente o tratamento e o impacto causado mediante às suas respectivas emoções e suas possíveis melhorias de humor e qualidade de vida. **Conclusão:** Os resultados das pesquisas constataram avanços significativos a partir das diversas formas de intervir com atividades lúdicas e métodos de relaxamento, relacionando-os à redução dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Tais intervenções fortalecem as estratégias de sobrevivência do infante-juvenil e aliviam o sofrimento causado pela incerteza de seu prognóstico e das dores causadas pelo câncer.

Palavras-chave: Adolescente Hospitalizado; Cuidados Paliativos; Criança Hospitalizada; Emoções; Neoplasias.

Filiação

Cursos de Saúde – Fisioterapia e
Enfermagem
Faculdade de Talentos Humanos
Uberaba-MG

Abstract

Introduction: The increase in overall survival rates, the reduction of negative effects of late treatments, the relief of physical, psychosocial, spiritual suffering, and the return of children back to society with a better quality of life are among the goals of modern cancer treatments. **Aim:** to analyze the emotional disturb in children and adolescents diagnosed with cancer, and the influence of palliative care provided by health staff on the treatment and quality of life of patients. **Methods:** This search for primary studies in the form of an integrative review was carried out in the following databases: the US National Library of Medicine National Institutes of Health and the Latin American and Caribbean Health Sciences. **Results:** The sample consisted of 21 primary studies published between January 2005 and August 2015, divided into two groups. The first group comprises studies that analyzed the bad influence that the emotional upheaval caused by the change of the children's health status can have on their lives. The second research group explores how palliative care can improve the patients emotional perspectives facing the treatment and the impact of these emotions on overall life quality. **Conclusion:** The results of the research have revealed significant advances from the different ways of intervening with play activities and relaxation methods, relating them to the reduction of depressive symptoms and improvement of patients' quality of life. Such interventions strengthen children's survival strategies and alleviate the suffering caused by the uncertainty of their prognosis and the pains caused by cancer.

Key-words: Adolescent Hospitalized; Palliative care; Hospitalized Child; Emotions; Neoplasms.

Autor Correspondente

Douglas Reis Abdalla,
FACTHUS Campus III
Av. Tônico dos Santos, 333
B. São Cristóvão-38100-000,
Uberaba – MG
Fone: (34) 3311-7400
E-mail: drabdalla@facthus.edu.br

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais temidas e inaceitáveis pela população, principalmente quando relacionado à pediatria. Quando se fala em câncer infanto-juvenil, a preocupação imediata recai sobre as dores que serão causadas, as barreiras que serão enfrentadas e a interrupção de uma infância e juventude felizes, tornando perceptível o sentimento de compaixão, o semblante de espanto e a indignação no rosto de cada ser humano (REZENDE, 2011).

Segundo Silva et al. (2009) e Mutti et al. (2010), o câncer infanto-juvenil é denominado um grupo de doenças não contagiosas que ocorre em indivíduos com idade entre 0 a 19 anos. No Brasil, as taxas de prevalência variam de 1 a 4,6% de todos os casos de câncer, e no âmbito mundial ficam em torno de 0,5 a 3%. O grande avanço nas técnicas diagnósticas trouxe consigo possibilidades de cura em crianças e adolescentes acometidos pelo câncer, quando diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados.

O câncer infanto-juvenil é de difícil diagnóstico, pois seus sinais e sintomas são inespecíficos, além de possuírem menor período de latência. Apesar de também possuírem crescimento rápido e serem bastante invasivos, tendem a responder melhor ao tratamento, o que implica em bom prognóstico. Cerca de 70 a 80% das crianças diagnosticadas são tratadas com sucesso (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010; PINHEIRO et al., 2014; FERREIRA, 2011).

Segundo Malta et al. (2009), a criança frente ao diagnóstico tem suas reações influenciadas por múltiplos fatores, como: idade, estresse representado pela dor física desencadeada pela enfermidade, traços de personalidade, experiências e relações afetivas. Além desses fatores, a criança passa estabelecer relações com outras pessoas – profissionais da saúde e outros enfermos- e será separada da sua família por um determinado tempo para realização do tratamento.

No momento do diagnóstico de câncer da criança, ela e sua família passam por momentos devastadores e dolorosos, desencadeando uma desestruturação familiar e social ao longo de seu tratamento. A criança passa a apresentar reações emocionais e comportamentais de angústia e ansiedade diante da descoberta do diagnóstico. Sua vivência com o câncer suscita a dor em resposta a inúmeras situações; essas dores podem ser relacionadas às alterações físicas do paciente, do tratamento, ou até mesmo por causa do distanciamento da família e amigos que fora imposto pela enfermidade (VASCONCELOS; ALBUQUERQUE; COSTA, 2006; SOUZA et al., 2012).

Em decorrência da enfermidade, há geralmente um rompimento dos laços afetivos de amizade que a criança conquistou ao longo da vida. Desta forma, o paciente tende a desenvolver comportamentos de defesa tornando-se rebelde e afrontando sua família e amigos, a fim de se defender de mais um sofrimento. A criança enfrenta, ao longo da doença, uma série de alterações no humor que variam desde a euforia e bem-estar, até a depressão e irritabilidade profunda. O impacto do diagnóstico traz consigo sentimentos negativos manifestados pelo temor da morte (SOUZA et al., 2012).

Situada entre a infância e a vida adulta, a adolescência é marcada por uma fase complexa e tumultuosa. Durante esse período de rápidas e intensas transformações, as alterações ocorrem no âmbito biológico, psicológico e social. Nessa fase, o jovem começa a se conhecer, a buscar o ajustamento social, vocacional e sexual para se preparar para a vida adulta. O Estatuto da Criança e do Adolescente considera o período de 12 a 18 anos como sendo referente à passagem da infância para a adolescência (REZENDE; SCHALL; MODENA, 2009; VOLPINI, 2007).

O câncer, quando descoberto na adolescência, torna a vida do jovem e de sua família duplamente difícil, pois a doença exige readaptações para enfrentar a nova situação. Nessa fase, o paciente compreende a morte, mas não aceita a possibilidade da sua finitude já que o mesmo se encontra no auge da vida. A preocupação com a doença e sua morte simbólica fazem com que seus sentimentos de medo se tornem constantes (VOLPINI, 2007).

Para os adolescentes, a imagem corporal é de grande importância, e as modificações acarretadas pela enfermidade geram insegurança diante do seu futuro e sexualidade. O adolescente não se vê como antes; sua perda de cabelo, perda ou ganho de peso, cicatrizes decorrentes de cirurgias mutiladoras, alterações ginecológicas e medo de esterilidade afetam a autoestima e fazem com que esses jovens sintam vergonha do próprio corpo (VOLPINI, 2007).

O câncer origina um forte choque emocional e social, acarretando, no momento da admissão do infanto-juvenil para seu tratamento hospitalar, elevados indícios de ansiedade, tristeza, preocupação e sintomas depressivos. Além disso, sentimentos de insegurança, impotência, mutilação e incerteza da cura acarretam em quadros de depressão. É, portanto, fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções de empatia para prestar assistência apropriada com intuito de amenizar o sofrimento do infanto-juvenil (IAMIN; ZAGONEL, 2011; LI et al., 2011).

O câncer infanto-juvenil é tido como sendo uma crueldade, na qual o paciente sofre severas

transformações físicas. Dificuldades de movimentação, alteração da imagem corporal, e mudanças nos hábitos de vida fazem com que o câncer represente mais que uma dor física e um desconforto, comprometendo os objetivos do paciente para o presente e futuro, o trabalho dos pais, e a renda da família (SALES et al., 2012).

Crianças e adolescentes, quando hospitalizados, utilizam diferentes estratégias de enfrentamento, sejam elas centradas na emoção ou focadas no problema. Cada um adquire uma forma de encarar o obstáculo situado em sua vida por conta da doença, sendo, assim, heterogênea de acordo com a idade (LI et al., 2011).

No último século, nos EUA e em outros países desenvolvidos, a taxa de mortalidade infantil diminuiu proporcionalmente ao avanço do conhecimento científico. Melhores tratamentos, apesar de não prevenir o nascimento de crianças enfermas, promovem maior sobrevida a longo prazo desses pacientes, que conseguem viver sob o cuidado familiar (KONRAD, 2008).

No momento do diagnóstico, a sutileza na comunicação do profissional de saúde é de extrema importância. É necessário que se seja amistoso, gentil, carinhoso e compreensivo para dar o apoio necessário aos pais que, por sua vez, se sentem abalados e desequilibrados após o diagnóstico, imaginando todos os problemas que serão enfrentados ao longo do tratamento (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009; SILVA et al., 2009).

O sentimento de luto nos pais e cuidadores começa a partir do momento em que a criança é diagnosticada com câncer. O cotidiano familiar se desestabiliza por completo, passando por períodos de esperança, desespero, normalidade e crise. A ideia de uma criança hospitalizada, gravemente doente e com risco de morrer é inaceitável para a maior parte da população, principalmente para os familiares que estão enfrentando esse momento. Afinal, nenhum pai se sente preparado para perder seu filho (KONRAD, 2008).

Segundo Malta et al. (2009), a atitude do médico frente ao diagnóstico e tratamento determina a postura dos pais. Por sua vez, esta postura tem grande influência sobre a percepção da criança frente à doença. Quando diagnosticado o câncer, o possível sentimento de alívio ao saber o exato diagnóstico se mistura ao temor por achar que a partir desse momento o futuro da criança está sendo sentenciado (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009).

O apoio dos profissionais de saúde é fundamental perante os pais da criança enferma, uma vez que se encontram emotivos, agoniados, desconsolados. No entanto, os profissionais devem sobrelevar os períodos de condolência e permanecer aptos a auxiliar tanto na

qualidade de vida da criança, quanto discernir a potencial probabilidade de morte da mesma (KONRAD, 2008).

De acordo com Kanda et al. (2014) e Silva et al. (2009) a família é considerada a unidade primária de cuidado. Como cuidadora, a família enfrenta problemas na alteração do cotidiano, desajuste financeiro, angústia, sofrimento e medo constante da morte. Por conta disso, Quintana et al. (2011) diz que o familiar, ao se tornar cuidador, sente a necessidade de impor suas expectativas para planos futuros, assim se envolvendo e dedicando totalmente aos filhos.

Segundo Silva et al. (2009) o câncer e seu tratamento são extremamente estressantes para a família e o paciente. A doença evoca um nível de ansiedade, desordem e incerteza sendo, de todas as patologias, a que mais apresenta sentimentos negativos independente do estágio que se encontra. Algumas angústias podem surgir no momento do diagnóstico pelo medo do tratamento e/ou cirurgia, incerteza do prognóstico, efeitos colaterais da rádio e quimioterapia, receio da morte, das cicatrizes e mutilações causadas pela doença, da perda de cabelo, entre outros.

Os familiares exercem grande influência durante o tratamento do paciente, pois se bem orientados pelos profissionais da saúde, auxiliam o enfermo no tratamento respeitando seus limites. Para se obter a ajuda desses familiares após o diagnóstico, a equipe de saúde deve dar prioridade aos seus aspectos emocionais e psicológicos, observar o impacto que a doença causa no seio familiar e almejar a partir daí a melhora da assistência prestada a essa família (SALES et al., 2012).

A união e cooperação dos pais e cuidadores com os profissionais de saúde frente à criança enferma são extrema importância. Afinal, são eles quem proporcionam e sustentam a aspiração e o desenvolvimento de seus filhos para continuarem a viver, criando, assim, um ambiente que promova os cuidados necessários para controlar a doença. Essa parceria da família e profissionais salienta os cuidados de saúde das crianças centrados em seus cuidadores para favorecer, a esses infante-juvenis, vitalidade e bem-estar (CHRISTIAN, 2011).

Mutti et al. (2010) subdividem a assistência em oncologia em três tipos de cuidados: preventivo, curativo e paliativo. O cuidado preventivo é realizado antes do nascimento e durante a infância. Antes do nascimento pode ser feito o aconselhamento genético; já na infância, os hábitos alimentares e de exercícios físicos podem auxiliar na prevenção da doença. O cuidado curativo envolve as fases da enfermidade, sendo elas: diagnóstico, tratamento e controle, para observar se haverá recidiva ou não da doença. O cuidado paliativo é utilizado quando o

diagnóstico for considerado fora da possibilidade de cura, visando a melhoria na qualidade de vida do paciente (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Aumentar a taxa de sobrevida reduzindo os efeitos de um tratamento tardio, e regressar a criança à sociedade com qualidade de vida, são propósitos dos tratamentos atuais para o câncer. O tratamento pode ser feito em três diferentes particularidades: quimioterápica, radioterápica e cirúrgica. Após o tratamento, durante o controle da enfermidade, a criança permanece em auxílio ambulatorial, realizando exames e mantendo acompanhamento do seu processo de crescimento e desenvolvimento, analisando assim se houve danos decorrentes do tratamento (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Segundo Konrad (2008), uma enfermeira de cuidados paliativos pediátricos de sua pesquisa afirmou “Nós não trabalhamos com crianças morrendo; nós trabalhamos com crianças que estão vivendo com potencial risco de vida”. Os profissionais da saúde se empenham em proporcionar a mais adequada qualidade de vida para essas crianças, independentemente de a sua vida fazer-se súbita.

O diagnóstico e o tratamento do câncer são considerados estágios de exaustão e cominação não só para os cuidadores, mas também para o infante-juvenil hospitalizado. Desse modo, a compreensão do infante-juvenil frente ao seu prognóstico e seu modo de enfrentá-lo são de extrema importância, a fim de se amenizar seu psicológico perante o severo fardo presenciado (LI et al., 2011).

A qualidade de vida do infante-juvenil vem sendo uma das maiores preocupações para os profissionais da saúde, já que os índices de cura e sobrevida dos portadores de câncer na infância estão aumentando a cada dia. Essa preocupação em trazer uma qualidade de vida para essas crianças surge para retomar as habilidades, hábitos e atividades de rotina que foram perdidas por longos períodos de internação (VASCONCELOS; ALBUQUERQUE; COSTA, 2006).

Apesar do aumento dos índices de cura e sobrevida do câncer infantil, ainda se observa em alguns casos a incurabilidade do mesmo. Nesse caso, é necessária a utilização da assistência paliativa tomando-a como foco fundamental desse cuidado. Quando isso ocorre, há um impacto maior ainda na dinâmica familiar, pois surge novamente uma outra má notícia. O diagnóstico tardio é um dos principais fatores que influenciam nos índices de sobrevida, sendo ele por causa da demora na procura de assistência ou pela precariedade do serviço de saúde (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2014).

Ao término do tratamento, se a criança for diagnosticada como fora de expectativas de cura, a substituição de seu seguimento clínico para o cuidado paliativo deve ser gradativa, realizada com delicadeza e clara na comunicação do ocorrido com a família e o paciente. É necessário que se estabeleça sempre uma relação de confiança mútua, e que se utilizem como alicerce os aspectos emocionais da família e do enfermo (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

A assistência paliativa tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, prevenir e aliviar o sofrimento de ordem física, psicossocial e espiritual do paciente enfermo e de sua família. Ela não possui perspectivas nos diagnósticos e, sim, nas necessidades do paciente, preconizando o controle dos sintomas, identificação precoce, avaliação, tratamento da dor, preservação da qualidade e dignidade do enfermo até o final de sua vida (REIS; BIN, 2012; FERREIRA, 2011).

O desenvolvimento do cuidado paliativo se dá a partir da assistência multiprofissional, que traz ações de suporte e conforto para a criança e adolescente e sua família. Esse suporte trazido pela equipe é constituído pelo alívio do sofrimento, controle da dor, dos sintomas e por meio do apoio psicossocial. Seu conforto é referente às necessidades básicas de um ser humano: sono, alimentação, eliminações fisiológicas e lazer. Tais fatores são tratados por conta da limitação que o avanço da doença pode causar (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Segundo Temel et al. (2010), as estimativas de sobrevivência de pacientes com câncer são de 9,8 meses relacionadas à sua amostra (151 pacientes), e quando desagregada em dois grupos distintos 11,6 meses para cuidados paliativos antecipado (77 pacientes) e 8,9 meses no grupo de tratamento padrão (74 pacientes). No momento em que foram analisados os cuidados de fim de vida, 105 pacientes (70%) haviam falecido em um intervalo de tempo de 5,7 meses; dentre eles, o grupo de pacientes de cuidados paliativos antecipado receberam cuidados menos agressivos de fim de vida (33%; 16 de 49 pacientes) do que os do grupo de tratamento padrão (54%; 30 de 56 pacientes).

A atenção psicossocial é extremamente recomendada e indispensável na área da saúde, desde a confirmação do diagnóstico da patologia, seguindo ao longo do tratamento, e finalmente nos cuidados paliativos. A associação dos cuidados paliativos às demais intervenções (terapêuticas, farmacológicas, psicológicas, espirituais, suporte cognitivo-comportamental, musicoterapia, atividades físicas, entre outras), tem valor positivo no decorrer da trajetória desse paciente (ARTHERHOLT; FANN, 2012).

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão integrativa conduzida nos seguintes estágios: elaboração do quesito de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários; extração de dados; verificação dos estudos primários incluídos na revisão; observação e síntese dos resultados da revisão e apresentação da revisão.

O quesito norteador da revisão integrativa foi: O que os cuidados em crianças e adolescentes com neoplasias podem refletir nos aspectos emocionais?

A busca dos estudos primários foi realizada nas bases de dados: US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para tal, utilizaram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Palliative Care; Emotions; Child, Hospitalized; Adolescent, Hospitalized; Neoplasms e Subject Headings (MeSH): Palliative Care; Emotions; Child, Hospitalized; Hospitalized; Neoplasms. Outra estratégia adotada com propósito de assegurar ampla busca foi a busca manual das referências bibliográficas dos estudos primários selecionados.

Os critérios de inclusão dos estudos primários para a revisão foram aqueles que retratassem as diferentes maneiras de interagir com infanto-juvenis com diagnóstico de câncer. Tais estudos levavam em consideração os aspectos emocionais e a melhor forma de amenizar esses impactos causados no tratamento. Esses critérios abrangeram como propósito investigar o mecanismo mais sensato e seu comprometimento efetivo correlacionado ao tratamento curativo ou paliativo frente ao procedimento utilizado; publicados em inglês e português, no período de janeiro de 2005 a agosto de 2015. Os estudos encontrados fora desse período e métodos de revisão foram excluídos.

A busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas ocorreu no mês de agosto de 2015. Após a leitura do título e resumo de todos os estudos primários, foram elegidos de acordo com o quesito norteador e critérios de seleção da revisão integrativa 23 estudos, os quais foram analisados minuciosamente.

Durante a extração dos dados, observou-se que 2 estudos da base de dados Pubmed eram revisões, e, portanto, foram excluídos. Assim, a amostra da revisão integrativa foi composta por 21 estudos primários, sendo 20 da base de dados PubMed, e 1 por meio da busca manual.

A avaliação dos resultados foi realizada de forma descritiva, a fim de se analisar e destacar diferenças e

semelhanças entre os estudos, sintetizando cada caso incluído na revisão integrativa.

Os descritores controlados utilizados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram 5, cada um deles obtendo 3 idiomas distintos (inglês, espanhol e português) e sinônimos em português. O primeiro descritor de número 1 é: Descritores em Inglês: Palliative Care; Descritores em Espanhol: Cuidados Paliativos; Descritores em Português: Cuidados Paliativos; obtendo como sinônimos: Assistência Paliativa; Cuidado Paliativo; Tratamento Paliativo. O descritor de número 2 é: Descritores em Inglês: Emotions; Descritores em Espanhol: Emociones; Descritores em Português: Emoções; obtendo como sinônimo: Sentimentos. O descritor de número 3 é: Descritores em Inglês: Child, Hospitalized; Descritores em Espanhol: Niño Hospitalizado; Descritores em Português: Criança Hospitalizada; e não apresentou sinônimos. O descritor de número 4 é: Descritores em Inglês:

Adolescent, Hospitalized; Descritores em Espanhol: Adolescente Hospitalizado; Descritores em Português: Adolescente Hospitalizado; também não apresentando sinônimos. E para finalizar, o descritor de número 5: Descritores em Inglês: Neoplasms; Descritores em Espanhol: Neoplasias; Descritores em Português: Neoplasias; obtendo como sinônimos: Câncer; Neoplasias; Cancro (Tumor Maligno); Neoplasmas; Tumor; Tumores; Neoplasia; Neoplasia Benigna; Neoplasia Maligna.

Os descritores controlados utilizados Subject Headings (MeSH) permaneceram 5, obtendo os 'terms' e os 'entry terms' respectivamente para cada descritor. O descritor de número 1 é: Palliative Care; Care, Palliative; Palliative Treatment; Palliative Treatments; Treatment, Palliative; Treatments, Palliative; Therapy, Palliative; Palliative Therapy; Palliative Surgery; Surgery, Palliative. Os de número 2 são: Emotions; Emotion; Regret; Regrets; Feelings; Feeling. O de número 3: Child, Children, Hospitalized; Hospitalized Children; Hospitalized Child. O de número 4: Hospitalized; Adolescent, Adolescents, Hospitalized; Hospitalized Adolescent; Hospitalized Adolescents. O de número 5: Hospitalized; Neoplasms; Neoplasm; Tumors; Tumor; Neoplasia; Cancer; Cancers; Benign Neoplasms; Neoplasms, Benign; Benign Neoplasm; Neoplasm, Benign Neoplasm; Tumors; Tumor; Neoplasia; Cancer; Cancers; Benign Neoplasms; Neoplasms, Benign; Benign Neoplasm; Neoplasm, Benign.

Os cruzamentos dos descritores controlados foram combinados de diferentes formas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e no US National Library of Medicine National Institutes of Health. A base de dados LILACS possibilita

cruzamentos de até 3 descritores distintos; já o Pubmed não possui uma quantidade de cruzamentos definida.

A busca nas bases de dados sucedeu-se no mês de agosto de 2015 obtendo 3.950.480 estudos, sendo 2.822 localizados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 3.947.658 no US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed); a busca foi realizada por um único revisor.

Após apuração, foi estabelecido que apenas os cruzamentos que dispusessem de 3 ou mais descritores correlacionados entre si seriam incorporados na presente revisão integrativa. A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em seus 10 cruzamentos distintos, apresentou quociente nulo; já o US National Library of Medicine National Institutes of

Health (PubMed) apresentou em seus 15 cruzamentos variados 2.314 estudos para análise.

Posteriormente foram descartados todos os estudos que não pertenciam ao período pré-estabelecido. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos respeitando a metodologia de seleção da revisão integrativa. Foram selecionados, no primeiro momento, 51 artigos os quais foram lidos exaustivamente na íntegra com intuito de sintetizar e extrair o que havia de pertinente ao tema, para com que assim fosse designado exclusivamente o que respondesse o quesito norteador integralmente. Dos 51 artigos selecionados no primeiro momento, 30 foram excluídos por motivos diversos (não retratar o tema; estudo repetido; revisão), totalizando assim 21 estudos primários incluídos no presente estudo, sendo 2 publicados em português e os demais em inglês (Figura 1).

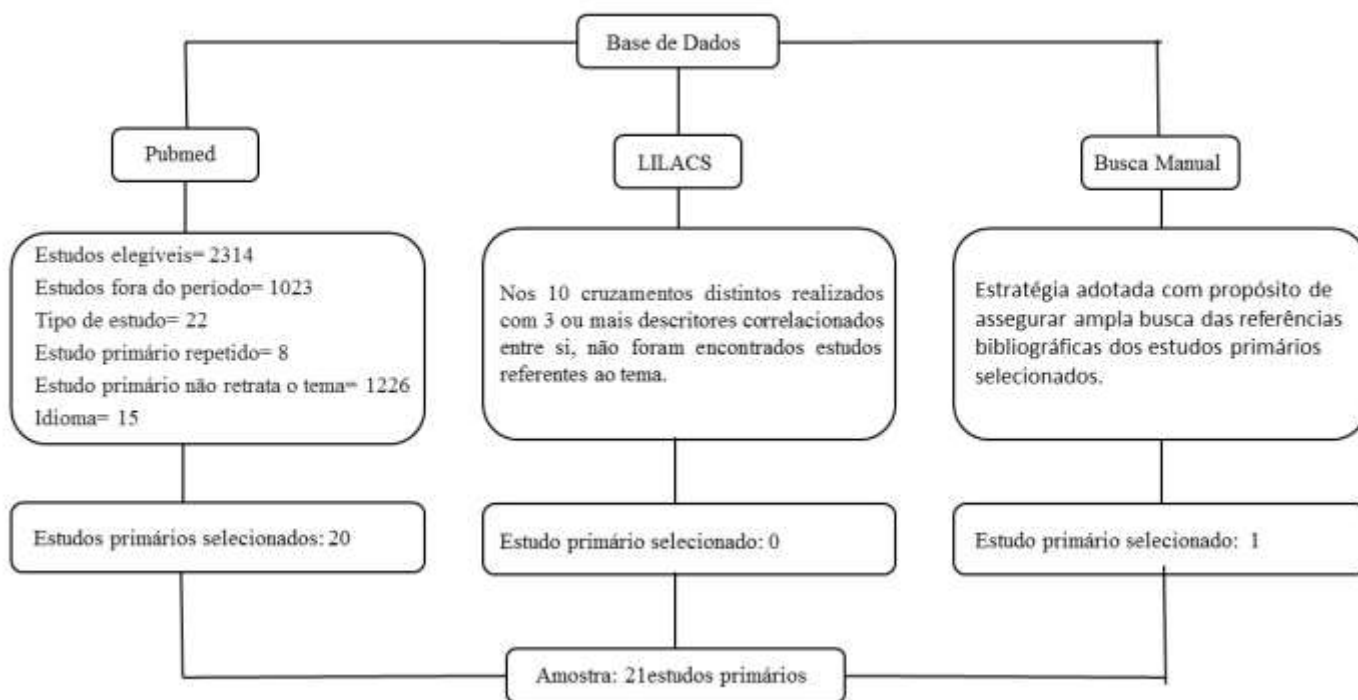


Figura 1 – Amostra dos cruzamentos combinados de diferentes formas nas bases de dados: Pubmed e LILACS, e busca manual incorporados na presente revisão integrativa.

RESULTADOS

Referencial Teórico

Os estudos primários incluídos na revisão integrativa foram subdivididos em dois elos. O primeiro elo analisou o prejuízo causado pelo abalo emocional da alteração do estado de saúde do infanto-juvenil sobre seu tratamento e vitalidade. Já o segundo elo buscou explorar de que modo os cuidados paliativos podem interferir no tratamento, qual o impacto causado nas emoções dos

pacientes, e se tais tratamentos são capazes de restabelecer o humor e a qualidade de vida do enfermo.

Os estudos primários (Quadro 1) incluídos no primeiro elo da revisão integrativa relatam os indícios de aflição, ansiedade, depressão, angústia, desesperança, e outros diversos abalos causados pela vivência com o câncer (COYNE, 2006; WOLFE et al., 2015).

Wolfe et al., (2015) relatou em sua pesquisa que os pacientes com câncer avançado, em sua maioria, indicam alta aflição e alta angústia relacionadas aos sintomas físicos e psicológicos comuns como dor, fadiga, sonolên-

Quadro 1 – Estudos primários incluídos no primeiro elo da revisão.

Autor/ Título	País/Ano	Objetivos	Delimitação/ número de pacientes	Intervenções	Desfechos
1- ANNUNZIATA M.A.; MUZZATTI B.; BIDOLI E. Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase.	Itália 2009	Medir a angústia e as necessidades específicas do oncológico hospitalizado em um mês- a partir do diagnóstico e, quando a terapia já começou (3-6 meses de diagnóstico)	Pesquisa quanti-qualitativa; 85 indivíduos	Questionários de auto relato	Importância da triagem para a aflição e os seus principais componentes no momento do diagnóstico.
2- YILDIRIM Y.; SERTOZ O.O; UYAR M.; FADIOGLU C.; USLU R. Hopelessness in Turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes.	Turquia 2009	Investigar o nível de desesperança e da relação de depressão, ansiedade e fatores relacionados ao câncer.	Comparação Auto-avaliação 136 pacientes preencheram a inclusão critérios; amostra final composta por 95 pacientes	Questionário demográfico; Escala numérica de classificação de dor; Escala de Desesperança de Beck; HADS	Ansiedade e depressão se correlacionam com o nível de desesperança.
3- CORSANO P.; CIGALA A.; MAJORANO M.; VIGNOLA V.; NUZZO M.J.; CARDINALE E.; IZZI G. Speaking about emotional events in hospital: the role of health-care professionals in children emotional experiences.	Itália 2013	Explorar o papel dos profissionais de saúde em experiências emocionais das crianças hospitalizadas	Estudo qualitativo 27 crianças em idade escolar e adolescentes	Relato de experiência	Destacar aspectos importantes da relação entre crianças hospitalizadas e profissionais da saúde.
4- CONNELLY M. NEVILLE K. Comparative prospective evaluation of the responsiveness of single-item pediatric pain-intensity self-report scales and their uniqueness from negative affect in a hospital setting.	Estados Unidos 2009	Avaliação da intensidade da dor usando 3 medidas comuns de intensidade em um período de 3 dias	29 crianças com idade entre 9 e 18 anos	Questionário; Avaliação prospectiva sobre as medidas de auto-relato	Avaliar diferentes escalas de intensidade da dor durante a internação hospitalar
5- COYNE I. Children's experiences of hospitalization.	Inglaterra 2006	Reduzir o estresse das crianças durante a internação a fim de influenciar em suas experiências futuras	11 crianças –idades entre 7 e 14 anos	Entrevista semi-estruturada	Identificar as preocupações e temores sobre a hospitalização
6- WOLFE J.; ORELLANA L.; ULLRICH C.; COOK E.F.; KAN T.I.; ROSENBERG A.; GEYER R.; FEUDTNER C.; DUSSEL V. Symptoms and distress in children with advanced cancer: prospective patient-reported outcomes from the pediQuest Study.	Argentina 2015	Avaliar os sintomas mais comuns em crianças hospitalizadas com câncer avançado	Exploratória com duração de 9 meses	Dados obtidos de prontuários médicos	Relatar os sintomas de sofrimento em crianças com câncer avançado

cia e irritabilidade. Dentre eles, a dor é classificada como sendo altamente tenebrosa para os pacientes. Em sua pesquisa, constatou também que os pacientes com alto perigo emitiram como retorno escores referentes a dor (48%), fadiga (46%), sonolência (39%), irritabilidade (37%), distúrbios do sono (29%), e outros sintomas físicos. Já aqueles que se encontravam no fim de vida, exprimiram o feedback resultando dor (61,6%), fadiga (49,3%), sonolência (50%), e demonstraram que outros sintomas físicos como náusea, anorexia, diarreia, vômito e irritabilidade eram singularmente dominantes no final de vida.

Segundo Annunziata et al. (2010), o diagnóstico de câncer provoca apreensão no paciente, de tal maneira que o mesmo se sente intimidado pela incerteza da interrupção de sua existência. A comoção do enfermo desencadeia uma angustiante crise existencial que atinge até 70% dos pacientes no decorrer de 3 meses a começar do diagnóstico. Tal crise acomete o estado emocional, intelectual, comportamental, psíquico e social do paciente. Desta forma, as angústias podem assim afetar a aptidão do paciente em enfrentar a doença, suas manifestações e tratamento. De acordo com Yildirim et al. (2009), a desesperança surge quando o paciente presume e passa a acreditar que não conseguirá combater a doença, assim se submetendo à mesma e acarretando malefícios no tratamento.

Na literatura, os autores Connelly e Neville (2010), julgaram a capacidade e intensidade de resposta da dor relacionada ao efeito negativo no cenário clínico. Utilizaram, para tanto, 3 modelos de classificação para que pudessem aferir de forma semelhante considerando a idade e a disposição dos infanto-juvenis. Os autores utilizaram como variáveis a idade, sexo e oscilações de humor, e obtiveram como resultado que todos os 3 modelos não evidenciaram divergências por sexo e ajustamento emocional, mas sim com a idade e seu estado de ansiedade. Em contrapartida, Wolfe et al. (2015), atestaram que constataram discrepância nos resultados relacionando-os ao sexo, intensidade da dor e qualidade de vida, e que as pontuações foram maiores para as meninas do que nos meninos. Dessa maneira, presumiram que a heterogeneidade biológica, familiar e sociocultural carecem de investigações pois são apontadas como coeficiente de prováveis esclarecimentos.

Nas pesquisas selecionadas para a condução desta revisão, dentre os relatos das experiências emocionais dos infanto-juvenis, os autores Corsano et al., (2013) e Coyne (2006) delinearão a reputação e relação dos profissionais da saúde com as crianças enfermas após abordarem as vivências das mesmas no âmbito hospitalar. Corsano et al. (2013), descreveram os relatos narrados pelas crianças

tendo em consideração suas experiências emocionais de felicidade, raiva, tristeza e medo identificadas na presença de um profissional da saúde. Já Coyne (2006) referiu-se aos medos e preocupações revelados pelas crianças hospitalizadas em 4 categorias: separação dos pais, familiares e amigos; investigações e tratamentos; ambiente estranho; e perda de autodeterminação. Ambos autores acreditam que os profissionais da saúde podem desempenhar papel significativo ajudando a minimizar o sentimento de ansiedade. Afinal, é de extrema importância o bem-estar dessas crianças que suportam seu padecimento e sua permanência prolongada no hospital. Entretanto, referem até inclusive a necessidade de pesquisarem mais profundamente como os profissionais podem ajudar emocionalmente seus pacientes.

No segundo elo, os estudos primários (Quadro 2) buscaram explorar de que modo os cuidados paliativos são vistos e se são compreendidos, pois frequentemente são considerados como sendo os procedimentos utilizados quando não se tem mais possibilidades terapêuticas. No entanto, os cuidados paliativos têm evidenciado possíveis melhorias na qualidade de vida do enfermo colaborando, assim, na diminuição dos sintomas depressivos, aumento na sobrevida, melhoria no humor e da qualidade de vida do paciente. Por esse motivo, a literatura investiga quais as diferentes condutas disponíveis exercidas por intermédio dos profissionais da saúde, tendo como auxílio os pais ou cuidadores e a colaboração do próprio paciente. Os trabalhos exploram os principais métodos que podem ser aplicados, aprimorando o tratamento a fim de restabelecer o bem-estar do paciente, aferindo a emoção do mesmo frente o tratamento e o impacto causado às suas respectivas emoções (TEMEL et al., 2010).

De acordo com Artherholt et al. (2012), sua investigação demonstrou que o tratamento paliativo é de extrema importância e vem recebendo fortes recomendações para ser implementado precocemente, sendo iniciado no momento do diagnóstico e persistindo ao longo do tratamento. Paralelamente ao tratamento paliativo recomenda-se também atenção psicossocial, ou até mesmo aplicação de um instrumento de triagem para aferir os sentimentos do paciente como rotina no ambiente hospitalar, reforçando a importância da vigilância dos sintomas de humor do paciente, pois o tratamento pode variar de acordo com os sentimentos. O termo “distress” é adotado na língua inglesa e significa aflição – a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) interpreta aflição como “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e/ou emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir com a habilidade de enfren-

Quadro 2 – Estudos primários incluídos no segundo elo da revisão.

Autor/ Título	País/Ano	Objetivos	Delineamento/ número de pacientes	Intervenções	Desfechos
1- ROLLINS J.A. Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer.	Estados Unidos 2005	Explorar e comparar a natureza do estresse da vida cotidiana das crianças com câncer e suas medidas de enfrentamento a partir de desenhos	Estudo comparativo exploratório observacional; Quanti-qualitativo; 22 crianças (mais 6 no teste piloto do instrumento)	Métodos de entrevista e observação; Comunicação não-verbal com a arte-terapia; Quantitativo e qualitativo.	O uso de desenho para comunicação das crianças a fim de avaliar a fadiga e outros sintomas estressores e desenvolver maneiras para ajuda-las a enfrentar.
2- EWING B. Children's wishes: holistic revelations in art.	Nova York 2008	Revelar o significado de ter um desejo cumprido no fim da vida de uma criança	Pesquisa com interpretação hermenêutica; 8 crianças - entre 6 e 14 anos	Utilizar os desenhos que foram obtidos das crianças em um ambiente descontraído	Símbolos e imagens que são reveladas nos desenhos.
3- HATANO Y.; YAMADA M.; NANRI H.; KAWASE M.; FUKU K. Using drawing tests to explore the multidimensional psychological aspects of children with cancer.	Japão 2014	Entender como a doença afeta o psicológico das crianças com risco de vida	Estudo teste preliminar exploratório; 3 crianças com idade entre 10 e 16 anos	Medir a profundidade do sofrimento dos participantes; Desenho da árvore teste, desenho-pessoa e desenho livre	As dificuldades psicológicas enfrentadas por crianças especializadas.
4- CORSANO P.; CIGALA A.; MAJORANO M.; VIGNOLA V.; NUZZO M.J.; CARDINALE E.; IZZI G. Speaking about emotional events in hospital: the role of health-care professionals in children emotional experiences.	Itália 2013	Explorar o papel dos profissionais de saúde em experiências emocionais das crianças hospitalizadas	Estudo qualitativo 27 crianças em idade escolar e adolescentes	Relato de experiência	Destacar aspectos importantes da relação entre crianças hospitalizadas e profissionais da saúde.
5- COYNE I. Children's experiences of hospitalization.	Inglaterra 2006	Reduzir o estresse das crianças durante a internação a fim de influenciar em suas experiências futuras	11 crianças –idades entre 7 e 14 anos	Entrevista semi-estruturada	Identificar as preocupações e temores sobre a hospitalização
6- KANDASAMY A.; CHATURVEDI S.K.; DESAI G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer.	Índia 2011	Estudar a influência do bem-estar espiritual sobre sintomas de angústia, depressão, e outras dimensões da qualidade de vida em pacientes com câncer avançado	Estudo descritivo de natureza transversal; 50 pacientes com câncer avançado;	Estudo de natureza transversal; Avaliação através de escalas	Avaliar sintomas de angústia, incluindo o físico, emocional e domínios cognitivos identificando o quanto esses sintomas interferiram no estado funcional correlacionado com o bem-estar espiritual
7- COLWELL C.M.; EDWARDS R.; HERNANDEZ E.; BREES K. Impact of music therapy interventions (listening, composition, orff-based) on the physiological and psychosocial behaviors of hospitalized children: a feasibility study.	Estados Unidos 2013	Comparar o impacto 3 estratégias de terapia de música em fisiológica e comportamentos psicossociais	32 pacientes sendo 17 mulheres e 15 homens	Pesquisa do grupo de pré-teste	Avaliar o impacto da música sobre os sinais vitais
8- DA SILVA V.A.; SALES C.A. Musical meetings as a resource in oncologic palliative care for users of a support home.	Brasil 2012	Desvelar a percepção dos pacientes que vivenciam o câncer em casas de apoio, em relação aos encontros musicais	7 pacientes mulheres-participaram de 8 encontros musicais	Estudo qualitativo Investigação fenomenológica estruturada na analítica existencial Entrevista individual	Explorar a música como recurso de cuidado, disponibilizando-a nos cuidados paliativos
9- MCCLEAN S.; BUNT L.; DAYKIN N. The healing and spiritual properties of music therapy at a cancer care center.	Reino Unido 2010	Explorar as experiências de pacientes com câncer e as propriedades espirituais do trabalho de música terapia	23 entrevistas telefônicas com pacientes que tiveram sessões de musicoterapia	Estudo qualitativo de abordagem fundamentada	Proporcionar oportunidade para o paciente permitir a imaginação fluir

Continuação Quadro 2- Estudos primários incluídos no segundo elo da revisão.

10- JORDENS C.F.; LEWIS P.; KERRIDGE I.H. Australía 2009 Decoration or communication? A qualitative study of images displayed around the bedsides of hospitalized children.	Descrever as exposições decorativas sem excluir os fins para os quais foram montados	8 pacientes	Estudo qualitativo que combina aspectos de pergunta interpretativista e semiótica	Os monitores de cabeça são mais do que decoração, é considerada também intervenção a fim de servir uma vasta gama de propósitos comunicativos
11- LI W.H.C.; CHUNG J.O.K.; HO E.K.Y.; CHIU S.Y. Hong Kong 2011 Effectiveness and feasibility of using the computerized interactive virtual space in reducing depressive symptoms of Hong Kong Chinese children hospitalized with cancer.	Examinar a eficácia e a viabilidade do uso do computador para reduzir os sintomas depressivos das crianças hospitalizadas com câncer	Grupo controle; Crianças internadas durante um período de 14 meses	Estudo dividido em 2 grupos: controle/ experimental	Aumentar a consciência dos profissionais da saúde na importância da integração de atividades lúdicas como cuidados holísticos e paliativos de qualidade
12- SPEYER E.; HERBINET A.; VUILLEMIN A.; BRIANÇON S.; CHASTAGNER P. França 2010 Effect of adapted physical activity sessions in the hospital on health-related quality of life for children with cancer: a cross-over randomized trial.	Avaliar a eficácia da atividade física relacionada com a qualidade de vida do infante-juvenil com câncer	32 pacientes	Questionário	Melhora na qualidade de vida e funcionamento físico melhorando movimentação e desempenho de atividades da vida diária
13- GEYER R.; LYONS A.; AMAZEEN L.; ALISHIO L.; COOKS L. Washington 2011 Feasibility study: the effect of therapeutic yoga on quality of life in children hospitalized with cancer.	Determinar a visibilidade da yoga terapêutico para melhorar na qualidade de vida das crianças	6 crianças participaram de 5 sessões de ioga mais de 2 meses / e 4 pais ou cuidadores	Aulas de yoga ao longo de um período de 5 semanas	Se a Yoga terapêutico afeta positivamente na qualidade de vida
14- LOWE S.S.; DANIELSON B.; BEAUMONT C.; WATANABE S.M.; BARACOS V.E.; COURNEYA K.S. Canadá 2014 Associations between objectively measured physical activity and quality of life in cancer patients with brain metastases.	Examinar a associação entre atividade física e qualidade de vida em pacientes com câncer em fase terminal	31 pacientes com idades entre 18 anos em fase terminal	Estudo transversal utilizando questionário administrativo pelo entrevistador	Atividades físicas desenvolvem o cérebro dos pacientes para melhorar a qualidade de vida
15- KING M.; LIEWELLYN H.; LEURENT B.; OWEN F.; LEAVEY G.; TOOKMAN A.; JONES L. Portugal 2011 Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care.	Comparar o nível da crença com os sentimentos frente ao tratamento e a sobrevida do paciente	170 pacientes com diagnóstico de câncer avançado	Estudo prospectivo de coorte	A força da crença não afeta os níveis de ansiedade ou depressão
16- ARCHIE P.; BRUERA E.; COHEN L.; Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature. BRASIL 2013	Compreender, aproximar e descrever as experiências vividas e as percepções que ela faz surgir	7 pacientes usuários da casa de apoio da Rede Feminina de combate ao câncer de Maringá	Estudo qualitativo ; investigação fenomenológica	A intervençãp de saúde relacionada as experiências musicais
17- TEMEL J.S.; GREER J.A.; MUZIKANSKY A.; GALLAGHER E.R.; ADMANE S.; JACKSON V.A.; DAHLIN C.M.; BLINDERMAN C.D.; JACOBSEN J.; PIRL W.F.; BILLINGS J.A.; LYNCH T.J. Estados Unidos 2010 Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.	Examinar o efeito de cuidados paliativos relacionando-o aos resultados que ele pode gerar na qualidade dos cuidados de final de vida	151 pacientes submetidos à randomização, 27 morreram em 12 semanas e 107 completaram avaliações	Dados coletados a partir do médico eletrônico	Pacientes atribuídos desde o início aos cuidados paliativos, possuem melhor qualidade de vida; menores taxas de sintomas depressivos ao final da vida

tamento efetiva do câncer e seus estressores secundários, isto é, os sintomas físicos e os tratamentos”. O tratamento psicossocial auxilia o paciente e o resguarda da ideação e consumação suicida, minimiza os sintomas físicos e favorece eficaz melhoria em sua qualidade de vida.

Os artigos selecionados na presente revisão identificaram que diferentes atividades antes desempenhadas no cotidiano dos infante-juvenis (quando saudáveis), e que foram interrompidas após o diagnóstico de câncer, possuem papel relevante frente às mudanças negativas da doença e seu tratamento. Tais atividades, quando aplicadas e adaptadas à realidade hospitalar, interferem de maneira significativa refletindo nos aspectos emocionais do paciente. Ilustrações, decorações, invenções, brincadeiras, jogos, atividade física, música, computadores, fotos e outras práticas habituais atribuídas à ingenuidade e diversão normalmente associadas à linguagem universal da infância, vêm sendo utilizadas como novos tratamentos para combater o câncer, obtendo avanços significativos e promovendo bem-estar e qualidade de vida. (CORSANO et al., 2013; ROLLINS, 2005).

De acordo com Rollins (2005); Ewing (2008) e Hatano et al. (2014), a utilização do desenho como ferramenta de comunicação para explorar os desejos, as revelações e os sentimentos ocasionados pelo diagnóstico do câncer, tem grande importância para avaliar a visão do mundo interior do infante-juvenil. O desenho reflete a realidade íntima do paciente como se a criança transferisse suas experiências e passasse a comunicar de maneira não verbal, expressando sua personalidade e manifestando suas emoções através do mesmo.

Speyer et al. (2010); Geyer et al. (2011) e Lowe et al., (2014) relataram as vantagens que a atividade física possibilitou para restabelecer a qualidade de vida (QV) do infante-juvenil, ressaltando sua importância durante a internação. A atividade tem propósito de incentivar o paciente a desempenhar e promover força, manter o equilíbrio, e realizar uma variedade de movimentos, socializando-se e brincando com outros pacientes da mesma faixa-etária, da mesma forma que faziam antes de ficarem doentes. Consequentemente, as dimensões psicológicas e físicas começam a se restabelecer e os infante-juvenis passam a revelar repúdio aos sentimentos negativos e de fadiga relacionados ao câncer. Os três estudos realizados pelos autores Speyer et al. (2010); Geyer et al. (2011) e Lowe et al., (2014) deduziram que a atividade física obtém respostas significativas no início do tratamento do paciente com câncer. No entanto, mais estudos são necessários para compreender melhor sua ação, principalmente, quando relacionada a pacientes terminais. Em contrapartida, Li et al. (2011) ressaltaram

a importância das atividades lúdicas integradas nos cuidados holísticos e de qualidade realizados em seu estudo por meio do espaço virtual interativo computadorizado, intervindo na emoção da criança, para regular seu sofrimento emocional e motivando seu relaxamento e distração.

Os artigos selecionados para analisar os efeitos das crenças religiosas e espirituais sobre os sentimentos acometidos pelo câncer e sua evolução física denotam que os pacientes obtiveram efeitos similares por intermédio da musicoterapia. Ou seja, ambos indicam o estímulo de bem-estar. King et al. (2013) e Kandasamy et al. (2011), apontaram os benefícios trazidos por intermédio da religião comparando aspectos psicológicos de diferentes pacientes. Os autores averiguaram que pacientes que possuíam crenças espirituais mais acentuadas faziam baixo uso de psicotrópicos ou analgésicos, pois os mesmos possuíam menos angústia, ansiedade e depressão. Colwell et al. (2012); da Silva et al. (2013); McClean et al. (2012) e Archie et al. (2013), observaram os efeitos das intervenções de musicoterapia no tratamento paliativo reforçando a espiritualidade e ressaltando a evocação das respostas emocionais prazerosas. Estudos diversos na literatura elegeram a espiritualidade e a musicoterapia como sendo importantes abordagens adotadas por pacientes com câncer avançado a fim de minimizar seus sintomas físicos, psicológicos. Além disso, tais procedimentos contribuem na redução da necessidade farmacológica e promovem uma sensação de bem-estar associada à qualidade de vida.

Uma análise acerca das informações fornecidas pelo infante-juvenil sobre sua situação e a progressão clínica da doença aponta o papel central do conhecimento para a boa evolução do paciente. Os resultados indicam que a ausência do conhecimento da criança com relação à sua doença, ao tratamento e à rotina hospitalar influenciam negativamente o bem-estar geral provocando medos, ansiedade, depressão e estresse. Os autores compreenderam que é inescusável a explicação do funcionamento da rotina hospitalar, dos procedimentos que serão realizados e o uso de técnicas de relaxamento para amenizar o estresse durante a internação. Do mesmo modo certificaram que as opiniões dos pacientes devem ser levadas em consideração e que os cuidados sejam centrados nos mesmos. Assim, deve-se tornar prática habitual o envolvimento das crianças no planejamento do seu cuidado, para que elas se sintam no controle das suas atividades, quando possível. Constatou-se que os profissionais devem motivar e encorajar as crianças a levarem para o hospital itens familiares para personalizarem seu espaço, minimizando a dor da separação. Esta intervenção estética e emocional

direciona a atenção do paciente a boas recordações (JORDES; LEWIS; KERRIDGE, 2009; COYNE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os infanto-juvenis com câncer carecem de atenção psicossocial de toda a equipe multiprofissional da saúde desde o diagnóstico, permanecendo no decorrer do tratamento, até o restabelecimento ou recidiva da patologia. Os cuidados paliativos mencionados na presente revisão incluem essencialmente a perspectiva e qualidade de vida do paciente enquanto debilitado e/ou recuperado, profilaxia e qualidade dos cuidados paliativos. Além disso, deve-se notar os métodos utilizados para avaliar e minimizar as dores e aflições causadas pela doença, as estratégias utilizadas a fim de interferir o emocional do paciente frente à doença e tratamento, e a influência da empatia, sentimentos positivos, e da confiança na equipe de trabalho. Intervenções individualizadas com propósito de assegurar a autodeterminação da criança e adolescente no ambiente hospitalar, minimizar as preocupações e fortalecer suas estratégias de sobrevivência também figuram entre os principais aspectos positivos para o tratamento do câncer. Além disso, os métodos utilizados pelos profissionais a fim de proporcionar cuidado humanizado de qualidade, segurança, alívio da ansiedade e da depressão no infanto-juvenil constituem práticas necessárias para uma boa progressão do tratamento.

A recomendação da incorporação da atenção psicossocial e dos cuidados paliativos advêm das alterações de humor que variam desde a euforia e bem-estar até a depressão e irritabilidade profunda observadas desde o diagnóstico do câncer. Os resultados das pesquisas constataram avanços significativos a partir das diversas formas de intervir com atividades lúdicas e métodos de relaxamento, relacionando-os à redução dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida dos pacientes. Tais intervenções fortalecem as estratégias de sobrevivência do infanto-juvenil e aliviam o sofrimento causado pela incerteza de seu prognóstico e das dores causadas pelo câncer.

REFERÊNCIAS

ANNUNZIATA M. A.; MUZZATTI B.; BIDOLI E.; Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase. *Support Care Cancer*, v. 19, n. 2, p. 291-295, feb 2010.

ARCHIE P.; BRUERA E.; COHEN L.; Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature.; *Support Care Cancer*.; v. 21, n. 9, p. 2609-2624, sep 2013

ARTHEHOLT S.B.; FANN J.R.; Psychosocial care in cancer; *Curr Psychiatry Rep.*; v. 14, n. 1, p. 23-29, feb 2012

CHRISTIAN B.J, *Pediatric Nursing Research: Creating Partnerships With Parents to Improve the Health of Children and Adolescents.*; *Journal of Pediatric Nursing*, n.26, p.95-96, 2011.

CORSANO P.; CIGALA A.; MAJORANO M.; VIGNOLA V.; NUZZO M.J.; CARDINALE E.; IZZI G., Speaking about emotional events in hospital: the role of health-care professionals in children emotional experiences.; *J Child Health Care.*; v. 19, n. 1, p. 84-92, mar 2015

COLWELL C.M.; EDWARDS R.; HERNANDEZ E.; BREES K.; Impact of music therapy interventions (listening, composition, Orff-based) on the physiological and psychosocial behaviors of hospitalized children: a feasibility study; *J Pediatr Nurs.*; v. 28, n. 3, p. 249-257, may-jun 2013

CONNELY M.; NEVILLE K.; Comparative prospective evaluation of the responsiveness of single-item pediatric pain-intensity self-report scales and their uniqueness from negative affect in a hospital setting; *J Pain.*; v. 11, n. 12, p. 1451-1460, dec 2010

COYNE L.; Children's experiences of hospitalization; *J Child Health Care.*; v. 10, n. 4, p. 326-336. Dec 2006

DA SILVA V.A.; SALES C.A.; Musical meetings as a resource in oncologic palliative care for users of a support home; *Rev Esc Enferm USP*; v. 47, n. 3, p. 626-633, jun 2013

EWING B.; Children's wishes holistic revelations in art. *Journal of Holistic Nursing*, v. 26, n. 2, p. 147-154, june 2008.

FERREIRA R.A., *Cuidados Paliativos em onco-hematologia pediátrica: avaliação psicossocial de cuidadores e percepção de médicos.* Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde), Universidade de Brasília. 2011. 143f.

GEYER R.; LYONS A.; AMAZEEN L.; ALISHIO L.; COOKS L.; Feasibility study: the effect of therapeutic yoga on quality of life in children hospitalized with câncer; *Pediatr Phys Ther.*; v. 23, n. 4, p. 375-379, 2011

HATANO Y.; YAMADA M.; NAKAGAWA K.; NANRI H.; KAWASE M.; FUKU K., Using Drawing tests to explore the multidimensional psychological aspects of children with câncer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, v. 44, n. 10, p. 1009-1012, 2014.

IAMIN S.R.S.; ZAGONEL J.P.S.; Estratégias de enfrentamento (coping) do adolescente com câncer. *Psicologia Argum.* Ed. 29 v. 67; pág. 427-435, 2011.

JORDENS C.F; LEWIS P.; KERRIDGE I.H.; Decoration or communication? A qualitative study of images displayed around the bedsides of hospitalized children. *Commun Med.*; v. 6, n. 1, p. 61-67, 2009

KANDA, M. H.; CONTIM, D.; GONÇALVES, J. R. L.; SANTOS, E. A. A percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan-mar 2014.

KANDASAMY A.; CHATURVEDI S.K.; DESAI G.; Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer.; *Indian J Cancer.*; v. 48, n. 1, p. 55-59, jan-mar 2011

KING M.; LIEWELLYN H.; LEURENT B.; OWEN F.; LEAVEY G.; TOOKMAN A.JONES L., Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care. *Psycho-Oncology*, v. 22, p. 2505–2512, 2013.

KONRAD S.C.K, Mothers' Perspectives on Qualities of Care in their Relationships with Health Care Professionals: The Influence of Relational and Communicative Competencies; *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, v 4, n. 1, p. 38-56, 2008

LI W.H.C.; CHUNG J.O.K.; HO E.K.Y.; CHIU S.Y., Effectiveness and feasibility of using the computerized interactive virtual space in reducing depressive symptoms of Hong Kong Chinese children hospitalized with cancer; *J Spec Pediatr Nurs.*; v. 16, n. 3, p. 190-198, jul 2011

LOWE S.S.; DANIELSON B.; BEAUMONT C.; WATANABE S.M.; BARACOS V.E.; COURNEYA K.S., Associations between objectively measured physical activity and quality of life in cancer patients with brain metastases.; *J Pain Symptom Manage.*; v. 48, n. 3, p. 322-332, sep 2014

MALTA J.D.S; SCHALL V.T; MODENA C.M; O Momento do Diagnóstico e as Dificuldades Encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no Tratamento do Câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 1, p. 33-39, 2009.

MCCLEAN S.; BUNT L.; DAYKIN N.; The healing and spiritual properties of music therapy at a cancer care center; *J Altern Complement Med.*; v. 18, n. 4, p. 402-407, apr 2012

MUTTI C.F; PAULA C.C; SOUTO M.D.; Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia*; ed. 56 n. 1) pag. 71-83. Ano 2010

PINHEIRO C.W; TEIXEIRA A.A.S; MENDONÇA F.A.C; ROLIM K.M.C; DUARTE J; Projeto anjos da Enfermagem: Protagonismo na humanização do cuidado a criança portadora de câncer. (Curso de Enfermagem), Universidade de Fortaleza. 2014. 13 f.

QUINTANA A.M.; WOTTRICH S.H.; CAMARGO V.P.; CHERER E.Q.; RIES P.K.; Lutos e lutas: reestruturas familiares diante do câncer em uma criança, adolescente. *Psicologia Argum.* Ed 29 n. 65; pág. 143-154. 2011.

REIS T.L.R.; O cuidado da criança com câncer fora de possibilidades terapêuticas: um desafio à enfermagem. Trabalho de pesquisa (Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria. 2012. 6 f.

REZENDE A.M; Compreendendo o adolescente com câncer: vivências da doença. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Fundação Oswaldo Cruz fev 2011

RESENDE A.M.; SHALL V.T.; MODENA C.M.; O “adolescer” e adoecer: vivencia de um adolescente com câncer. *Aletheia*, ed. 30; pag. 88-100; 2009.

ROLLINS J.A.; Tell me about it: drawing as a communication tool for children with câncer. *Journal of*

Pediatric Oncology Nursing, v. 22, n. 4, p. 203-221, July-August 2005.

SALES C.A.; SANTOS G.M.; SANTOS J.A.; MARCON S.S.; O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido. Revista Eletrônica de Enfermagem. Ed. 14 n.4. Pag. 841-849; 2012.

SANCHES M.V.P.; NASCIMENTO L.C.; LIMA R.A.G.; Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. Revista Brasileira de Enfermagem; ed. 67 n.1 pag.28-35; jan-fev 2014.

SILVA F.A.C.; ANDRADE P.R.; BARBOSA T.R.; HOFFMANN M.V.; MACEDO C.R.; Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; ed. 1 n.2; pag. 334-341; abr-jun 2009

SOUZA L.P.S.; SILVA R.K.P.; AMARAL R.G.; SOUZA A.A.M.; MOTA E.C.; SILVA C.S.O.; Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. Revista de rede de enfermagem do Nordeste. Ed. 13 n. 3; pag. 686-692. 2012.

SPEYER E.; HERBINET A.; VUILLEMIN A.; BRIANÇON S.; CHASTAGNER P.; Effect of adapted physical activity sessions in the hospital on health-related quality of life for children with cancer: a cross-over randomized trial; *Pediatr Blood Cancer.*; v. 55, n. 6, p. 1160-1166, dec 2010

TEMEL J.S.; GREER J.A.; MUZIKANSKY A.; GALLAGHER E.R.; ADMANE S.; JACKSON V.A.; DAHLIN C.M.; BLINDERMAN C.D.; JACOBSEN J.; PIRL W.F.; BILLINGS J.A.; LYNCH T.J.; Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer; *N Engl J Med.*; v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010

VASCONCELOS R.F.; ALBUQUERQUE V.B.; COSTA M.F.G.; Reflexões da clínica terapêutica ocupacional junto à criança com câncer na vivência da quimioterapia. *Revista brasileira de cancerologia.* Ed. 52; v. 2; Pag. 129 – 137, 2006.

VOLPINI F.S.; O adolescente frente ao câncer: Hospitalização e processos psicológicos. Relato de experiência (monografia apresentada como exigência

parcial do curso de especialização em psicologia hospitalar), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 31f. 2007

YILDIRIM Y.; SERTOZ O.O.; UYAR M.; FADILUĞLU C.; USLU R.; Hopelessness in Turkish cancer inpatients: the relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes; *Eur J Oncol Nurs.*; v. 13, n. 2, p. 81-86, apr 2009

WOLFE J.; ORELLANA L.; ULLRICH C.; COOK E.F.; KAN T.I.; ROSENBERG A.; GEYER R.; FEUDTNER C.; DUSSEL V.; Symptoms and Distress in Children With Advanced Cancer: Prospective Patient-Reported Outcomes From the PediQUEST Study; *J Clin Oncol*; v. 33, n. 17, p. 1928-1935, jun 2015