

Pediatria

atualize-se

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



WWW.SPSP.ORG.BR

ANO 3 • Nº 4 • JUL/2018

ISSN 2448-4466

Acompanhamento do pediatra após a TERAPIA DE CÂNCER

Página 4

EFEITOS TARDIOS

Algumas particularidades das principais endocrinopatias secundárias ao câncer na infância e seus respectivos tratamentos. **Pág. 6**

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Além do cuidado com a doença, envolve uma reflexão sobre a ética, valores e crenças, tanto para o usuário quanto para o cuidador. **Pág. 9**

ACESSE O SITE DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA



rpped.com.br

| Expediente

Diretoria da Sociedade
de Pediatria de São Paulo
Triênio 2016-2019

Diretoria Executiva

Presidente

Claudio Barsanti

1º Vice-presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2º Vice-presidente

Marcelo Pinho Bittar

Secretária-geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

1º Secretário

Sulim Abramovici

2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

1º Tesoureiro

Mario Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro

Glaucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora

Cléa R. Leone

Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Departamentos colaboradores:

Cuidados Hospitalares

Endocrinologia

Oncologia

Informações Técnicas

Produção editorial

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Jornalista responsável

Paloma Ferraz (MTB 46219)

Revisão

Rafael Franco

Diagramação

Lucia Fontes

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Foto de capa:

© frantab | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral

Publicação *online*: www.spsp.org.br

Contato comercial

João Batista Vita Neto:

joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira:

malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção

Paloma Ferraz:

paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

EDITORIAL



Salvi Cruz

Apresento a vocês a nova edição do *Pediatra Atualize-se*. Como norma editorial são três textos elaborados por membros dos Departamentos Científicos da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Neste número o tema escolhido foi o câncer na infância e adolescência:

1. *Acompanhamento do pediatra após a terapia de câncer na infância*. Trata-se de uma questão extremamente importante que é a transição entre a equipe oncológica e o pediatra/hebiatra que irá continuar os cuidados com a criança/adolescente, visando a inserção do indivíduo na sociedade, escola, lazer etc.

2. *Efeitos tardios endócrino-metabólicos do tratamento do câncer na infância*. Nesse texto estão descritas particularidades de endocrinopatias secundárias após o tratamento do câncer, como *déficit* de crescimento, gonadopatias e obesidade, entre outras.

3. *Humanização na hospitalização pediátrica*. Tema muito atual e necessário para se alcançar o objetivo final, que nem sempre é a cura em se tratando de câncer, mas cuidar dos aspectos físico, mental, espiritual e social.

Boa leitura!

Dr. Mário Cícero Falcão

Editor executivo da Diretoria de Publicações

| Sumário

4 **Acompanhamento do pediatra após a terapia de câncer na infância**
por Ethel Fernandes
Gorender

6 **Efeitos tardios endócrino-metabólicos do tratamento de câncer na infância**
por Adriana Aparecida
Siviero-Miachon, Patricia
Debora Cavalcanti Tosta-
Hernandez e Angela
Maria Spinola e Castro

9 **Humanização na hospitalização pediátrica**
por Heloisa Fuzita
Ionemoto, Maria Ap.
Rodrigues Bueno Novaes e
Maria Teresa Torgi Alves

Fale conosco

www.spsp.org.br
pediatria@spsp.org.br

Siga a SPSP nas redes sociais!
@SociedadeSPSP

Acompanhamento do pediatra APÓS A TERAPIA DE CÂNCER

Ethel Fernandes Gorender

O câncer incide em cerca de 13.000 crianças e adolescentes anualmente no Brasil. É uma doença rara, atualmente curável em 70% dos casos, sendo que o tratamento adequado permite uma boa qualidade de vida após o término da terapia. As principais neoplasias malignas nessa faixa etária são as leucemias agudas – sendo a mais recorrente a leucemia linfóide aguda. Em seguida, estão os tumores de sistema nervoso central, os linfomas, os tumores abdominais (neuroblastomas, nefroblastomas) e os sarcomas ósseos e de partes moles. A localização do tumor, os órgãos adjacentes a ele acometidos, a abordagem da doença com quimioterapia, radioterapia, cirurgia, terapias-alvo, sejam isoladamente ou em conjunto, são fatores responsáveis pelos efeitos adversos observados durante e após o tratamento do paciente.

A criança mais jovem tolera melhor a terapia do que o adolescente, mas está mais propensa a apresentar danos físicos tardios, muitas vezes já na idade adulta, por ser um organismo ainda em formação. Atualmente, espera-se a diminuição da incidência desses efeitos tardios. O aprimoramento da tecnologia permitiu melhor estratificação dos protocolos. Os pacientes com bom prognóstico recebem tratamentos menos agressivos e, consequentemente, apresentarão menos efeitos adversos tardios; esse grupo forma a maioria dos sobreviventes de câncer. Por outro lado, os pacientes com fatores de mau prognóstico, recebem atualmente tratamentos intensificados e tornam-se sobreviventes a uma doença mais agressiva. Esse grupo tem risco maior de apresentar complicações mais graves em longo prazo.¹

O PEDIATRA E A CRIANÇA TRATADA DE CÂNCER

Durante o tratamento, o acompanhamento do paciente é quase exclusivamente realizado pela equipe de Oncologia. Após o término da terapia, há um período de transição, quando diminuem progressivamente as consultas e exames relacionados à doença e recomeça o acompanhamento pediátrico. É fundamental que o especialista forneça relatório com os dados da doença, tratamento e risco de efeitos adversos. O retorno ao pediatra engloba dois momentos, sendo o primeiro logo após o término do tratamento e um posterior, quando possíveis sequelas se manifestam de modo mais importante.

O acompanhamento inicial envolve os seguintes tópicos:

- Nutrição: não há restrição de dieta mesmo durante o tratamento. Apenas há maior ênfase na importância da higienização de alimentos crus.
- Escola: a criança pode e deve frequentar a escola, durante e após a terapia, o que contribui para manter sua inserção

em seu meio.

- Atividade física: se a criança não tem limitações físicas, não há restrições. O paciente deve brincar, correr, jogar bola etc.
- Infecção: recém-terminada a quimioterapia, nos primeiros três meses, a imunocompetência ainda não está totalmente restabelecida. Os quadros infecciosos ainda devem ser acompanhados muito de perto. Esse tópico é dividido em subtópicos:
 - febre: a ocorrência de febre neste período demanda investigação detalhada do paciente, com realização de hemograma, dosagem de proteína C reativa, coleta de culturas e radiografia torácica, na presença de sintomas respiratórios. Muitas vezes há necessidade de iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro, mesmo na ausência de foco infeccioso.
 - corpo estranho: a presença de cateter central de longa permanência, válvula de derivação peritoneal e endopróteses ortopédicas também demandam mais atenção quando há febre. O paciente deve ser orientado a cuidados com a pele, evitando ferimentos como porta de entrada de agentes infecciosos.
 - vacinação: a atualização da imunização deve ser iniciada seis meses após o término da terapia, seja pela utilização de vacinas com vírus vivos atenuados, seja pela deficiência na produção de anticorpos. A criança que era lactente jovem no início da terapia antineoplásica deve receber novamente todo o esquema vacinal.
 - piscina: como durante o tratamento, a orientação para o paciente nestes primeiros três meses é não frequentar praias, açudes, represas e, principalmente, piscinas, pelo risco maior de adquirir infecções fúngicas, como mucormicose, infecção grave e de alta morbidade.
 - varicela: se o paciente apresentar Varicela Zoster ou Herpes Zoster neste período, deve receber aciclovir endovenoso, pelo risco de apresentar formas mais graves do quadro.
 - esplenectomia: o paciente que por ventura tenha sido submetido à esplenectomia, sempre que apresentar febre deve ser investigado e iniciar antibioticoterapia, visando bactérias encapsuladas (pneumococo, hemófilos e meningococo).
 - sulfametoxazol + trimetoprim: o uso deste antibiótico para profilaxia de infecção por *Pneumocysti carinii* nos pacientes portadores de leucemias se estende no primeiro

trimestre sem quimioterapia. Os pacientes devem receber a dose utilizada rotineiramente, três dias na semana.

- Dentista: o paciente pode e deve receber tratamento odontológico. A colocação ou recolocação de aparelho ortodôntico deve ocorrer após estes primeiros três meses.
- Animais de estimação: não há impedimento, sempre vacinados e vermifugados.
- Irmãos: é natural a ansiedade da família quando um dos irmãos do paciente apresenta algum sintoma que este tenha apresentado no momento do diagnóstico do câncer. Os sinais e sintomas de câncer são em geral inespecíficos e comuns a várias doenças. O pediatra deve investigar tendo em vista as patologias mais frequentes nesta idade, uma vez que 90% dos casos de câncer infantil são decorrentes de mutações somáticas adquiridas, sendo extremamente rara a incidência de câncer entre irmãos.

Com o passar do tempo, o risco de recorrência da doença diminui, e o acompanhamento com a equipe de Oncologia tem intervalos cada vez maiores, até se encerrar entre 5 e 10 anos após o fim da terapia. Os efeitos adversos tardios serão observados pelo pediatra e alguns somente pelo clínico geral quando o paciente atinge a idade adulta.

Os efeitos adversos que provavelmente serão observados pelo pediatra são:

- Disfunções neurocognitivas e neuroendócrinas em pacientes que receberam radioterapia em crânio e neuroeixo para tratamento de tumores de sistema nervoso central.
- Hipotireoidismo em pacientes que receberam radiação em região de pescoço.
- Hipogonadismo, puberdade precoce ou tardia, obesidade, disfunções endócrinas relacionadas ao tratamento e em algumas vezes à própria doença de base.
- Perda de audição relacionada ao uso de cisplatina, quimioterápico empregado no tratamento de alguns tumores sólidos.
- Necrose avascular da cabeça do fêmur em pacientes que receberam corticoterapia para leucemia linfóide aguda.

Dois importantes efeitos adversos tardios serão observados mais provavelmente pelo clínico geral:

- Cardiopatias decorrentes, principalmente, do uso de quimioterápicos antracíclicos, amplamente empregados no tratamento do câncer pediátrico.
- Infertilidade masculina e feminina, secundária ao uso de agentes alquilantes, cirurgias, radioterapia em campo pélvico.

O pediatra, sempre que julgar necessário, deve encaminhar o paciente a outros especialistas como endocrinologistas, cardiologistas e ortopedistas.

Finalizando, o papel do pediatra na prevenção do câncer na idade adulta é importante para toda criança e adolescente e ainda mais necessário para o sobrevivente de um câncer infantil, uma vez que este indivíduo já apresentou uma alteração somática prévia e foi exposto a agentes cancerígenos como alguns quimioterápicos e radioterapia. Evitar o tabagismo, a ingestão crônica de álcool, a obesidade, a exposição a infecções virais de transmissão sexual são ações importantes para evitar o aparecimento de uma segunda neoplasia maligna.²

CONCLUSÃO

Cada vez mais a criança e o adolescente sobrevivem ao câncer e serão novamente pacientes do pediatra geral. A grande maioria não apresentará complicações. O conhecimento de possíveis efeitos adversos pelo médico permite sua abordagem mais precocemente, tratando ou atenuando sequelas. O paciente tratado de câncer pediátrico se insere na sociedade estudando, trabalhando, constituindo família, enfim, vivendo de modo semelhante a seus pares.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência, mortalidade, morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes, adultos jovens no Brasil. Informações dos Registros de Câncer e do Sistema de Mortalidade; Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. American Academy of Pediatrics/Section on Hematology Oncology and Children's Oncology Group. Long term follow-up care for pediatric cancer survivors. Pediatrics. 2009;123:906-15.



Efeitos tardios endócrino-metabólicos do TRATAMENTO DE CÂNCER NA INFÂNCIA

Adriana Aparecida Siviero-Miachon
Patricia Debora Cavalcanti Tosta-Hernandez
Angela Maria Spinola e Castro

A melhora nas condições de tratamento das crianças e adolescentes com câncer permitiu uma sobrevida maior e, consequentemente, essa população de pacientes passou a conviver com outra forma de eventos adversos relacionados à doença e ao tratamento, chamados efeitos tardios. Os efeitos tardios endócrinos são resultado de uma interação sinérgica entre as características do paciente (genética), da doença, do ambiente e da terapia, já que um fator isoladamente não explica todos os efeitos (Figura 1). A seguir serão discutidas algumas particularidades das principais endocrinopatias secundárias ao câncer na infância e seus respectivos tratamentos, dentre as quais, *déficit* de crescimento, hipopituitarismo, retardo/antecipação puberal, falência gonadal/infertilidade, hipotireoidismo, câncer de tireoide, obesidade, síndrome metabólica e baixa massa óssea.¹⁻³

DÉFICIT DE CRESCIMENTO E PUBERDADE

A principal causa do *déficit* de crescimento nesses pacientes é a deficiência do hormônio do crescimento (DGH), secundária à administração da radioterapia (RT) em sistema nervoso, especialmente nos tumores do sistema nervoso central (SNC) e leucemias com infiltração do SNC, e/ou pela localização do tumor na região do hipotálamo/hipófise (craniofaringiomas). Estes últimos, além da DGH, podem evoluir com outras deficiências da adeno-hipófise (hipocortisolismo e hipotireoidismo central, além

de deficiência de gonadotrofinas) e neuro-hipófise (diabetes insipidus). Também merecem atenção os pacientes submetidos à irradiação de corpo inteiro (do inglês, *total body irradiation*, TBI), pós-transplante de células tronco hematopoiéticas (CTH).^{3,4}

A DGH dependerá da presença da RT cranial, sendo os principais fatores que influenciam o *déficit* de crescimento:

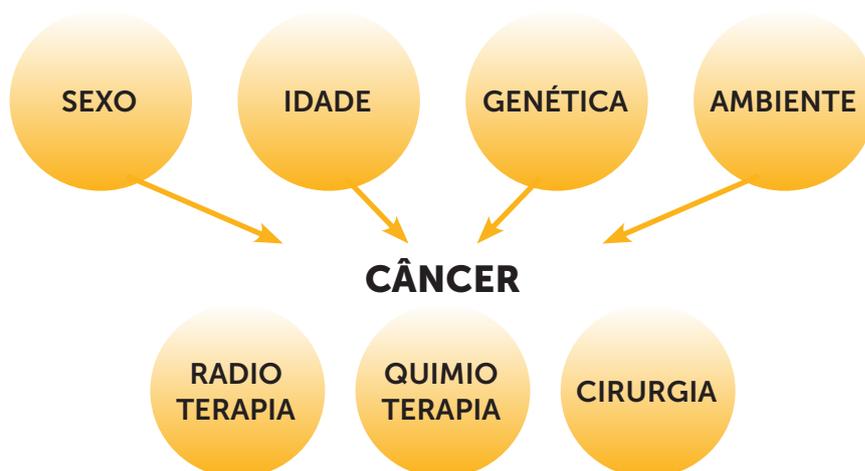
1. dose (>24 Gy);
2. local, se há ou não envolvimento da coluna espinhal (nos meduloblastomas, que recebem RT crânio-espinhal);
3. fracionamento;
4. idade, sendo o comprometimento maior nas meninas menores de cinco anos de idade.

A influência da RT no crescimento/puberdade é dose-dependente, de acordo com a Figura 2. Atenção especial deve ser dada à perda do estirão puberal, especialmente nos pacientes tratados durante ou próximos ao início da puberdade.^{3,4}

FALÊNCIA GONADAL E INFERTILIDADE

Os pacientes que recebem quimioterapia com drogas alquilantes (gonadotóxicas), RT na região da pelve e/ou espinhal, especialmente sarcomas e tumores localizados na pelve, são de risco para falência gonadal/infertilidade. As gônadas têm dois compartimentos: as células germinativas (fertilidade) e as produtoras de hormônio (testosterona nos meninos e estrógeno nas meni-

Figura 1 – Interação sinérgica entre diversos fatores, determinando os efeitos tardios endócrinos do câncer infantil e seu tratamento



Fonte: Modificado de Siviero-Miachon et al. 2009.²

nas). O testículo é mais resistente à ação do tratamento e, em geral, o compartimento produtor de testosterona é preservado, mas a porção germinativa pode sofrer algum tipo de lesão, com prejuízo na fertilidade. Nas meninas, normalmente, ocorre dano de ambos os compartimentos, o que resulta na perda tanto da produção hormonal quanto da fertilidade.^{3,5}

HIPOTIROIDISMO E CÂNCER DE TIROIDE

Os pacientes tratados por tumores localizados e/ou que recebem RT na região cervical e/ou tórax superior, tais como linfomas de Hodgkin, tumores de SNC tratados com RT espinhal e pacientes submetidos à TCTH que recebem TBI são de risco para hipotireoidismo e câncer de tireoide, por irradiação direta ou indireta da glândula tireoide. A ocorrência das doenças da tireoide depende da dose da RT na glândula, do tempo decorrido desde a RT, podendo aparecer até 20 anos após o fim do tratamento e são inversamente proporcionais à idade do paciente. Pacientes de risco precisam manter as concentrações do hormônio estimulante da tireoide (TSH) dentro da normalidade.³

OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA

Todos os pacientes tratados por câncer na infância têm um risco epidemiologicamente aumentado para doenças cardiovasculares antes dos 50 anos de idade. Patologias como a leucemia linfocítica aguda (LLA) e os tumores que promovem lesão hipotalâmica (craniofaringioma) são consideradas modelos para obesidade e alterações metabólicas.^{1-3,6-10}

Na LLA, o aumento de peso acontece especialmente em mulheres tratadas antes dos cinco anos de idade e submetidas à RT cranial. O ganho de peso pode ocorrer ainda na fase da indução da quimioterapia, agravado pelo uso de glicocorticoides. Nos primeiros dois anos após o término do tratamento, a maioria dos sobreviventes de LLA apresenta um ganho de peso acelerado, conhecido como rebote de adiposidade, que ocorre independente da RT cranial. A leptina, considerada um marcador de adiposidade nestes pacientes, também pode estar envolvida por meio da presença de polimorfismos no seu receptor, o que leva à alteração na regulação e/ou resistência à sua ação.^{1-3,6-8}

O craniofaringioma é o tumor mais comum da região hipotalâmico-hipofisária na infância e sua localização, associada às modalidades de tratamento, cirurgia, RT cranial (> 45Gy) e quimioterapia intratumoral (interferon- α) pode romper mecanismos no

hipotálamo, levando à obesidade “hipotalâmica”, que cursa com hiperfagia, diminuição da saciedade, aumento excessivo e incontável de peso, comumente associada a distúrbios endócrino-metabólicos graves.^{1-3,9-10}

BAIXA MASSA ÓSSEA

Os pacientes que recebem glicocorticoide em altas doses e períodos prolongados, drogas citotóxicas e RT, como as leucemias, sarcomas, tumores do SNC e pós-TCTH (pela doença do enxerto contra o hospedeiro) devem ser avaliados em relação à massa óssea. Como o pico de aquisição de massa óssea acontece na puberdade, deve-se fazer a reposição dos hormônios sexuais, nos casos de falência gonadal. Além disso, deve-se considerar o uso de cálcio, vitamina D e bisfosfonatos, em casos mais graves.^{3,11}

REFERÊNCIAS

- Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM, Guerra-Junior G. Detection of metabolic syndrome features among childhood cancer survivors: a target to prevent disease. *Vasc Health Risk Manag.* 2008;4:825-36.
- Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM, Guerra-Junior G. Adiposity in childhood cancer survivors: insights into obesity physiopathology. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2009;53:190-200.
- Chemaitilly W, Cohen LE. Diagnosis of endocrine disease: endocrine late-effects of childhood cancer and its treatments. *Eur J Endocrinol.* 2017;176:R183-203.
- Sklar C, Mertens A, Walter A, Mitchell D, Nesbit M, O'Leary M, et al. Final height after treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia: comparison of no cranial irradiation with 1800 and 2400 centigrays of cranial irradiation. *J Pediatr.* 1993;123:59-64.
- Yoon JY, Park HJ, Ju HY, Yoon JH, Chung JS, Hwang SH, et al. Gonadal and sexual dysfunction in childhood cancer survivors. *Cancer Res Treat.* 2017;49:1057-64.
- Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM, Lee ML, Andreoni S, Geloneze B, Lederman H, et al. Cranial radiotherapy predisposes to abdominal adiposity in survivors of childhood acute lymphocytic leukemia. *Radiat Oncol.* 2013;8:39.
- Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM, de Martino Lee ML, de Castro Monteiro CM, de Camargo Carvalho AC, Calixto AR, et al. Subcutaneous adipose tissue plays a beneficial effect on subclinical atherosclerosis in young survivors of acute lymphocytic leukemia. *Vasc Health Risk Manag.* 2015;11:479-88.
- Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM, Tosta-Hernandez PD, de Martino Lee ML, Petrilli AS. Leptin assessment in acute lymphocytic leukemia survivors: role of cranial radiotherapy? *J Pediatr Hematol Oncol.* 2007;29:776-82.
- Müller HL, Merchant TE, Puget S, Martinez-Barbera JP. New outlook on the diagnosis, treatment and follow-up of childhood-onset craniopharyngioma. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13:299-312.
- Tosta-Hernandez PD. Craniofaringioma na infância e adolescência: repercussões endócrino-metabólicas [master's thesis]. São Paulo (SP): UNIFESP/EPM; 2017.
- Siviero-Miachon AA, Lee ML, Guerra-Junior G, Spinola-Castro AM. Are survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia at increased risk for low bone mass? *J Leuk (Los Angel).* 2014;2:150.

Figura 2 – Efeito da dose da radioterapia cranial no crescimento e puberdade em sobreviventes de câncer na infância

Dose	< 24 Gy	24 - 54 Gy
Risco de	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do estirão puberal • Diminuição do crescimento da coluna (se espinhal) • Antecipação da puberdade (efeito agudo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência de GH • Deficiência hipofisária múltipla • Antecipação da puberdade (efeito agudo)
Dose	≥ 54 Gy	7,5 - 15,75 Gy (TBI)
Risco de	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência de GH (em 2 anos) • Deficiência hipofisária múltipla 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiência de GH (crescimento puberal) Disfunção tireoidiana Displasia esquelética (induzida pela radiação)

Gy: gray; GH: hormônio do crescimento; TBI: irradiação de corpo inteiro, do inglês *total body irradiation*.
 Fontes: Sklar et al. 1993⁴; Chemaitilly e Cohen, 2017³.



Versão eletrônica

Acesse a 2ª edição do livro no site:

www.spsp.org.br

HUMANIZAÇÃO na hospitalização pediátrica

Heloisa Fuzita Ionemoto
Maria Aparecida Rodrigues Bueno Novaes
Maria Teresa Torgi Alves

A humanização nos estabelecimentos assistenciais de saúde constitui-se em um conjunto de ações sobre diversas práticas e condições na prestação dos serviços, envolvendo todos os seus profissionais a procura de melhora na qualidade desses serviços, colaborando com a terapia do paciente; e para tal, é necessário envolver toda a equipe multidisciplinar.^{1,2}

A preocupação com ações que visam à humanização nos ambientes hospitalares tem se tornado cada vez mais presente em todo mundo. A humanização hospitalar vai muito além do cuidado com a doença em si e envolve uma reflexão sobre ética, valores e crenças, tanto para o usuário quanto para o cuidador.³

A humanização do ambiente físico hospitalar, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos, com ambientes planejados, mobiliário adequado etc., levando à redução do estresse.^{4,8}

Humanizar o cuidado às crianças compreende, entre outras coisas, a facilitação da visita no hospital, criando medidas que possibilitem a presença dos familiares durante a hospitalização e aprimorando a formação profissional de equipes de saúde com professores e terapeutas que atendam nas unidades, visando as necessidades, principalmente emocionais, dos pacientes.^{5,6}

A ansiedade do paciente e sua família em compartilhar a insegurança, a incerteza, o sofrimento, o medo, o desconhecido, dentre outros aspectos, com os profissionais que atuam no hospital, é bastante relevante e o diálogo vivenciado é necessário para que a criança e sua família demonstrem os seus sentimentos e ideias que serão, então, valorizados.⁷

Em 2005, a Lei 11104, que obriga a instalação de brinquedotecas em todos os hospitais com atendimento pediátrico em regime de internação, foi aprovada, reconhecendo que brincar é um direito essencial da criança e muito contribui para o restabelecimento da saúde.⁸ São oferecidas atividades lúdicas, jogos, brincadeiras adequadas para cada faixa etária, capazes de despertar e expressar interesses e sentimentos que propiciem seu desenvolvimento, diminuindo a ansiedade e sofrimento (Figura 1, página 10).

O brinquedo terapêutico é outra técnica utilizada para preparar a criança para procedimentos aos quais será submetida, esclarecer dúvidas quanto ao tratamento e a própria doença, além de ser usada para desmistificar conceitos errados.

Humanizar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) significa cui-

dar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Humanizar o cuidado em UTI é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, mas mesmo assim observa-se um grande esforço da equipe multidisciplinar para que a humanização do serviço ocorra.^{9,10}

Ao longo dos anos, os avanços tecnológicos na saúde vêm oferecendo melhorias essenciais no diagnóstico e tratamento dos mais diversos tipos de neoplasias. Dentre as modalidades de tratamento oncológico relatam-se: cirurgia, quimioterapia e radioterapia.¹¹ A expectativa de vida e a incidência da doença na população brasileira crescem nas mesmas proporções em que novos casos são diagnosticados todos os anos, contribuindo para que a busca por tratamento efetivo e de cunho diferenciado seja um desafio para o paciente.¹²

Alguns hospitais, prevendo períodos de internação prolongada, oferecem acesso à sala de aula hospitalar, que proporciona continuidade da educação nos períodos em que as crianças estão impossibilitadas de frequentar a escola regular.

A prevalência de portadores de doenças crônicas deixa presente a percepção da finitude da vida e com isso sentimentos conflituosos na equipe de saúde - treinada para manter a vida a todo custo - e nos familiares, que começam a se conscientizar do momento, por vezes irreversível.

Uma das formas de humanizar os momentos terminais diz respeito aos cuidados paliativos. Sob esse olhar, existe a proposta de oferecer uma assistência não só curativa, mas voltada a cuidar e aplacar o sofrimento, em contrapartida à prática médica e tecnológica, que exclui o paciente e familiares dos processos de tomada de decisão referente à vida e à própria morte.¹³

Em uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos a ação é uma proposta que consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente e demandas diferenciadas resolvidas em conjunto. A enfermagem é uma das categorias que mais se desgastam emocionalmente devido ao elo com pacientes enfermos, constantes internações, acompanhando o sofrimento, a dor, a doença e a morte do ser cuidado.¹⁴ A musicoterapia também é um recurso terapêutico, por seu caráter de linguagem e expressão afetivo-emocional.^{15,16}

A aceitação alimentar é causa de preocupação dos pais com filhos hospitalizados, que se encontram inapetentes, seletivos ou



Figura 1
Atividades
na Pediatria
em Conjunto
Hospitalar.

Fonte: Conjunto Hospitalar Mandaqui (CHM), 2018.

com restrições na prescrição. A equipe de nutrição pode oferecer alternativas saudáveis tornando os pratos mais atrativos.

No final de 2014, um Hospital exclusivamente pediátrico de São Paulo trouxe um grupo de *Child life specialist*, dos Estados Unidos, para administrar um curso de formação teórica e demonstração prática para alguns colaboradores. O *Child life specialist* é um profissional treinado para cuidar e defender os direitos e demandas da criança, sendo capaz de transformar experiências hospitalares de forma positiva. Além disso, adquire habilidades técnicas adequadas para promover intervenções junto ao paciente e familiares, fazendo com que lidem melhor com o estresse e a dor, colaborando na realização de exames e tratamentos, muitas vezes sem a necessidade do uso de medicamentos e sedativos.

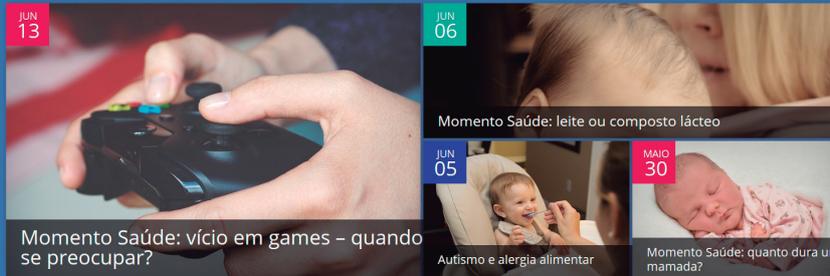
Apesar do avanço tecnológico na área da saúde, da quantidade de informações disponíveis e da exigência crescente de especialização do corpo clínico, as relações humanas ainda são insubstituíveis e fazem a diferença no cuidar do outro.

REFERÊNCIAS

- Vila VS, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002;10:38-144.
- Rocha MJ, Rocha MS. A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar: um olhar sobre o centro cirúrgico [graduation's thesis]. Campos Gerais (MG): FACICA; 2008.
- Pessini LB. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 1996.

- Freire MR. A qualidade dos ambientes em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. In: Carvalho AP, editor. Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2ª ed. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Arquitetura, 2002.

- Lima RA. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral [PhD thesis]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1996.
- Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. Rev Gaúcha Enferm. 2005;26:20-30.
- Barbosa SF. Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência com clientes internados em UTI [master's thesis]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
- Vasconcelos RT. Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior [master's thesis]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina; 2004.
- Brazil. Ministério da Saúde. Lei no. 11.104 de 21 de março de 2005. Brasília: Diário oficial da União - Seção1; 2005.
- Ayres JR. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;10:549-60.
- Barros CS. Estudo, avaliação e otimização em Radioterapia IMRT [master's thesis]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
- Duarte ML, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31:685-92.
- Menezes CN, Passareli PM, Drude FS, Santos MA, Valle ER. Câncer infantil: organização familiar e doença. Rev Mal-Estar Subj. 2007;7:191-210.
- Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciências & Saúde Coletiva. 2013;18:2577-88.
- Gallagher LM. The role of music therapy in palliative medicine and supportive care. Semin Oncol. 2011;38:403-6.
- Gallagher LM. Evaluating a protocol to train hospice staff in administering individualized music. Int J Palliat Nurs. 2011;17:195-201.



Posts Recentes de Todas as Categorias



Momento Saúde: vício em games - quando se preocupar?

A coluna Momento Saúde foi criada para que você possa ter informações...



Momento Saúde: leite ou composto lácteo

A coluna Momento Saúde foi criada para que você possa ter informações...



Autismo e alergia alimentar

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por uma coleção de...



Momento Saúde: quanto dura uma mamada?

A coluna Momento Saúde foi criada para que você possa ter informações...



Depressão entre crianças e adolescentes: quais os sinais?

Nos dias atuais, somos permanentemente impactados por uma demanda...



Momento Saúde: amamentação em situações especiais

A coluna Momento Saúde foi criada para que você possa ter informações...



Cutting ou autolesão: como lidar?

O cutting, ou autolesão não suicida, é um problema grave muito frequente...



Maio Amarelo - O que vem antes da depressão?

A ideia de 'criança deprimida' pode parecer estranha. Criança está...



Asma e bronquite não são a mesma coisa

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns da infância. Falamos que...



Podemos aprender a combater o abuso sexual de crianças e adolescentes?

Em 1998, durante o 1º Encontro do ECPAT no Brasil (organização...

Buscar no site

Em destaque



Recent From Saúde



 **Momento Saúde: leite ou composto lácteo**
jun 6, 2018

 **Autismo e alergia alimentar**
jun 5, 2018

 **Momento Saúde: quanto dura uma mamada?**
maio 30, 2018

 **Dúvidas sobre o Zika Vírus**
jul 8, 2016

Seja bem-vindo :-)

O blog Pediatra Orienta é uma iniciativa da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) voltado ao público em geral, com o objetivo de divulgar conhecimento científico numa linguagem simples, clara e precisa.

Postagens recentes

Momento Saúde: vício em games - quando se preocupar?

Momento Saúde: leite ou composto lácteo

Autismo e alergia alimentar

Arquivo do blog

Selecionar o mês

Agenda

Junho 2018						
D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Mantenha-se um Passo à Frente Descubra a CLN2 Precocemente

Visite o site e informe-se sobre os cuidados da doença CLN2
(uma forma de Lipofuscinose Ceróide Neuronal ou Doença de Batten)

CLN2CONNECTION.COM.BR



Conheça a história natural da doença CLN2



Reconheça os principais sintomas para o diagnóstico precoce



Atualize-se com a opinião de especialistas sobre o manejo multidisciplinar da doença CLN2



Mantenha-se informado sobre as melhores práticas para o diagnóstico e manejo da doença CLN2.



MEDINFO

Perguntas?
Para informações,
envie um e-mail:
medinfola@bmrn.com

Material informativo e de distribuição exclusiva à classe médica.



B:OMARIN®