

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: o cuidar do paciente oncológico

Marcelo dos Santos Feitosa¹, Eliane dos Santos Francelino², Grasiela da Silva Guerra Ferreira³, Viviane Resende Santos⁴, Daniela Sanchez Alcaldes dos Santos⁵

¹ Universidade de Taubaté /UNITAU - Departamento de Enfermagem, Av. Tiradentes, nº. 500, Bom Conselho, Taubaté - SP, CEP: 12030-180.

^{1,2,3,4,5} Enfermeiros, DEP – Departamento de Ensino e Pesquisa - Instituição: CTFM/GACC - Centro de Tratamento Infante juvenil Fabiana Macedo de Moraes/Grupo de Assistência a Criança com Câncer. Hospital infante-juvenil especializado em oncologia. Avenida Possidonio José de Freitas, nº. 1200, Urbanova, São José dos Campos/SP, CEP: 12244-010.

marcelofeitosa.santos@gmail.com; francelinoeliane@ig.com.br; grasi.bia@gmail.com; viane.rs@gmail.com; daniela.s.alcalde@gmail.com

Resumo- A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é caracterizada como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitorização contínua e admite pacientes potencialmente graves ou descompensados de um ou mais sistemas orgânicos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de um estudo sistematizado desenvolvido com base em artigos científicos, revistas, livros e sites referentes ao assunto, a fim de se fazer um levantamento quanto ao paciente pediátrico oncológico na UTIP e obter embasamento teórico sobre o tema. A fonte de pesquisa utilizada foi *BIREME* e *PUBMED/MEDLINE* e a coleta dos dados ocorreu no mês de julho de 2011, e o período estudado abrangeu os anos de 1990 a 2011. Concluiu-se que a relação entre a equipe de enfermagem, terapia intensiva e a de oncologia pode favorecer o melhor conhecimento dos eventos fisiopatológicos relacionados à doença e ao tratamento da criança com câncer. Além de possibilitar diversas resoluções de situações de enorme risco de vida. Ademais, os cuidados de terapia intensiva na criança com câncer são essenciais para a sua melhoria sobrevida delas, com descrições cada vez mais frequentes de cura da doença oncológica.

Palavras-chave: Neoplasias; Enfermagem pediátrica; Enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva pediátrica.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Introdução

Em meados do século XX, o Brasil e o mundo sofreram grandes alterações em seus perfis epidemiológicos e demográficos. Essas mudanças são associadas ao declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas, assim ocorrendo aumento substancial na expectativa de vida da população e na proporção dos óbitos por doenças crônicas como o câncer em paciente fora de possibilidades terapêuticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer substituirá em breve as doenças cardiovasculares como causa mais frequentes de morte, em países em desenvolvimento (BOING; VARGAS; BOING, 2007; OPAS, 2006).

A proliferação rápida de uma única célula, dando a formação de massa tumoral, é denominada câncer, que consiste em um conjunto de mais de 200 doenças distintas com múltiplas causas, tratamento e prognósticos (GARÓFOLO et al., 2004; BORGES et al., 2006; TRINCAUS; CORREIA, 2006). As doenças neoplásicas são a segunda causa de morte entre crianças de 1 a 15

anos, sendo superadas apenas pelos traumatismos decorrentes dos acidentes (MEYER, 1998). Na infância, as leucemias são os tipos mais frequentes de câncer, seguidos em ordem decrescente pelos tumores cerebrais, linfomas, sarcomas e os tumores de origem ectodérmica.

Grandes avanços ocorreram no tratamento das neoplasias nos últimos vinte anos, principalmente devido às drogas quimioterápicas, à radioterapia e aos transplantes de medula óssea. No entanto, essas terapias podem provocar uma série de efeitos colaterais, com isso, comprometendo quase todas as funções orgânicas. A própria neoplasia pode ocasionar complicações clínicas com risco imediato à vida, como na síndrome de lise tumoral espontânea ou devido à compressão tumoral, causando insuficiência respiratória, renal ou obstrução intestinal (HALLAHAN et al., 2000).

O suporte da terapia intensiva pediátrica é necessário às crianças de modo a adquirir chances para superar essa fase mais aguda da doença (HALLAHAN et al., 2000). Os recursos da terapia intensiva podem também ser utilizados

para a realização de vários procedimentos que necessitem de sedação e analgesia, com monitorização cardiorrespiratória contínua. Mesmo nas crianças que não têm mais possibilidade de cura, às vezes, o suporte dessa unidade é necessário para o alívio de sintomas imediatos e a melhora da qualidade de vida (REAMAN, 2002).

Diante do exposto, tem-se o objetivo de fazer um levantamento quanto ao paciente pediátrico oncológico na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e obter embasamento teórico sobre o tema.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de um estudo sistematizado desenvolvido com base em artigos científicos, revistas, livros e sites referentes ao assunto, a fim de se fazer um levantamento quanto ao paciente pediátrico oncológico na UTIP e obter embasamento teórico sobre o tema. A fonte de pesquisa utilizada foi *BIREME* e *PUBMED/MEDLINE* e a coleta dos dados ocorreu no mês de julho de 2011, e o período estudado abrangeu os anos de 1990 a 2011. Foram levantados 30 artigos, 02 livros, 06 sites que abordassem o assunto em questão. Os artigos pesquisados foram escolhidos por acessibilidade, devido à grande importância do tema e da quantidade de trabalhos que abordassem o assunto.

Os critérios para seleção dos artigos a serem estudados foram:

1. Artigos que retratam o assunto em questão;
2. Artigos publicados em revistas indexadas na base de dados *Bireme* e *Pubmed/Medline*;
3. Artigos que abordam as palavras-chave escolhidas, como: neoplasias; enfermagem pediátrica; enfermagem oncológica; cuidados de enfermagem; unidades de terapia intensiva pediátrica.
4. Na segunda base de dados, os descritores foram: neoplasms; pediatric nursing; oncologic nursing; nursing care; intensive care units, pediatric.
5. Livros e sites que retratam o assunto em questão;
6. Artigos publicados no idioma português e inglês;
7. Artigos publicados no período de 1990 a 2011.

Resultados e Discussão

Os atuais protocolos de tratamento para pacientes pediátricos portadores da doença, os quais incluem quimioterapia (QT), cirurgia, radioterapia (RT) e, muitas vezes, inclusive transplante de medula óssea (TMO), são

responsáveis por essa mudança nas taxas de sobrevida (MASSAMI, 2010).

No que se refere à possibilidade desse grupo de pacientes se beneficiar de UTIP, diversas pesquisas publicadas nos anos 1990 demonstram taxas de mortalidade acima de 75% para qualquer criança com diagnóstico de câncer admitida nesse setor hospitalar (KEENGWE et al., 1999; HALLAHAN et al., 2000; GOODMAN et al., 2000; WEST et al., 2004). Isso porque a intensidade da terapia por si mesma pode levar a complicações graves e condições ameaçadoras da vida, como a síndrome de lise tumoral (SLT) ou choque séptico com insuficiência respiratória ou cardíaca, apresentando um prognóstico sombrio (VAN VEEN et al., 1991; SIVAN et al., 1991; HAYES et al., 1998; KENGWE et al., 1999; HALLAHAN et al., 2000; HEYING et al., 2001; TAMBURRO et al., 2004).

Estudos mais recentes demonstram uma taxa de mortalidade em pacientes oncológicos pediátricos com choque séptico de 17% (FISER et al., 2005) e entre 6%~50% para o paciente oncológico pediátrico de maneira geral (WEST et al., 2004).

Os profissionais de saúde que trabalham na área de oncologia pediátrica diariamente vivenciam situações de sofrimento, dor e perda. Realizar investigações diagnósticas, apresentar o diagnóstico, enfrentar o tratamento e todos os seus imprevistos, juntamente com a dúvida de cura e o risco de morte, são atividades que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional. Essa aproximação dos profissionais com as dificuldades vividas pelos pacientes e seus familiares deve-se ao fato das características da doença e o tratamento prolongado, com várias internações e atendimentos constantes em níveis ambulatoriais (MOTTA; ENUMO, 2004).

O cenário da atenção na oncologia apresenta desafios enormes no que diz respeito ao enfrentamento do problema de forma integral. O desenvolvimento de estratégias para o controle do câncer depende da abordagem aos problemas que afetam desde os mecanismos de formulação das políticas de saúde até a mobilização social, a organização e o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde (VINCENT, 2007).

Esses desafios exigem cada vez mais profissionais qualificados e aperfeiçoados para lidar com as novas demandas do exercício profissional, direcionadas à realidade epidemiológica do nosso país. No que concerne à oncologia pediátrica, é necessário congregarmos esforços para uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce, no controle da doença e na melhoria da qualidade da assistência prestada (AMADOR et al., 2011).

O cuidar em oncologia pediátrica é desafiante, pois requer, além de recursos materiais e terapêuticos específicos, uma equipe de saúde atenta para o que permeia o universo infantil. Dessa forma, exigem-se dos profissionais mais responsabilidade, compromisso, preparo adequado e sensibilidade para cuidar da criança. Diante desse quadro, encontramos o profissional enfermeiro, cuja produção do cuidado qualificado é influenciada pelo confronto com a realidade do câncer infantil, que inclui aspectos práticos e emocionais nem sempre presentes (AMADOR et al., 2011).

Os avanços nos cuidados dos pacientes com câncer possibilitaram maior probabilidade de controle ou de cura da própria doença. Entretanto, o uso de tratamentos quimioterápicos e cirúrgicos mais agressivos implica diretamente na maior utilização de leitos de UTIP. Estudos têm demonstrado que os avanços recentes nos cuidados intensivos se traduziram na redução da mortalidade de pacientes críticos com câncer, mesmo em populações de maior risco como os pacientes com sepse ou submetidos à ventilação mecânica (LARCHE et al., 2003).

Uma avaliação ideal do mérito da internação de paciente com câncer na unidade necessita de complexa interação de fatores clínicos relacionados à complicação aguda, à neoplasia subjacente e às preferências e valores do paciente e seus familiares. Assim sendo, critérios atuais de admissão de pacientes oncológicos à UTI devem ser reavaliados (SALLUH; SOARES, 2006).

A UTIP é reservada, complexa, dotada de monitorização contínua, e admite pacientes potencialmente graves ou descompensados de um ou mais sistemas orgânicos. Também fornece suporte e tratamento intensivo, monitorização contínua, vigilância nas 24 horas, equipamentos específicos, tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento terapêutico. Com isso, faz-se necessária a atenção contínua da equipe aos pacientes, os quais, de maneira geral, não estão preparados para internação nesse ambiente complexo e estranho (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

As UTIP foram criadas com o objetivo de prestar cuidados intensivos a crianças em risco iminente de vida. O desenvolvimento da ciência médica, por meio da realização de procedimentos cada vez mais complexos e, por vezes, invasivos, aliados à utilização de tecnologias cada vez mais potentes, tem conseguido salvar e prolongar a vida de pacientes de todas as idades; mas o ambiente frio e hostil dessas unidades traz traumas irreparáveis para a criança e para a família, principalmente quando é negado a esta o direito de permanecer junto àquela (ALMEIDA et al., 2006).

A implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8069 de 1990, veio regulamentar essa situação no nosso país. O artigo 12 desse estatuto estabelece que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990). Não obstante, este procedimento ainda não é uma realidade em muitas instituições e estados brasileiros, mesmo sabendo-se que a presença da mãe é o método mais efetivo para minimizar os traumas psicológicos da hospitalização na criança (GOMES; ERDMANN, 2005).

O câncer infanto-juvenil (abaixo de 19 anos) é considerado raro, quando comparado com os tumores do adulto, que correspondem entre 2% e 3% de todos os tumores malignos. No Brasil, que tem uma população jovem, a mortalidade por câncer em crianças e adolescentes com idade entre 1 e 19 anos correspondeu a 8% de todos os óbitos em 2005, classificando, assim, como a segunda causa de morte nessa faixa etária. Esse perfil de óbitos implica uma relação direta com a organização específica dos serviços de saúde e traz novos desafios para a atenção em oncologia e o Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa se proliferar de maneira irregular, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, com consequentes alterações nos tecidos circunvizinhos e infiltram-se nesses tecidos, acessando os vasos sanguíneos e linfáticos os quais as transportam até outras regiões do corpo.

Esse fenômeno é denominado metástase (disseminação do câncer para outras partes do corpo). Embora seja descrito em termos gerais, o câncer não consiste em uma doença única com causa única; pelo contrário, é um grupo de doenças distintas, com diferentes causas, manifestações, tratamento e prognósticos (SMELTZER; BARE, 2002).

As estatísticas sobre a incidência do câncer pediátrico no Brasil indicam que anualmente 12 a 13 mil crianças menores de 14 anos são acometidas por algum tipo de câncer, e destas, cerca de 70% podem ser consideradas curadas, dependendo da precocidade do diagnóstico (LEMOS et al., 2004). Segundo Nascimento et al. (2005), a criança enfrenta problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva com sérios efeitos indesejáveis advindos do próprio

tratamento, dificuldades pela separação dos membros da família durante as internações, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte.

No câncer pediátrico, observa-se uma predominância dos casos de leucemia, que pode chegar a 45% de todos os casos de tumores infantis, seguido de linfomas, com 25%. Em se tratando dos tumores considerados sólidos, os tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) são os mais incidentes e podem atingir a taxa de 22% de todas as neoplasias da infância, acometendo principalmente a faixa etária entre 4 e 9 anos de idade (BRASIL, 2009). Na criança existem poucos fatores de risco conhecidos associados a tumores. Em alguns tipos, há uma associação com infecções por vírus, outros podem estar ligados a uma predisposição familiar e algumas crianças podem nascer com a doença. A exposição a agentes externos, como alimentação e outros, também aparecem nesse grupo de fatores de risco (CASTRO, 2010).

A questão do tratamento do câncer na infância remete a uma reflexão em relação à questão do desenvolvimento infantil, já que o tratamento do câncer envolve um conjunto de fatores que exercerão influências na vida da criança (FREIRE, 2004). O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, RT, QT ou TMO. Em muitos casos, é necessário combinar essas modalidades (BRASIL, 2010).

O câncer na criança, mais intensamente do que no adulto, determina expressões de pena e pesar, em razão do medo e mitos da doença oncológica. Para as crianças menores, o câncer pode estar relacionado a castigos por conduta inadequada. As privações do colo, do aconchego dos pais nos procedimentos de intervenção podem causar grandes períodos de estresse para criança. O suporte emocional e a criatividade na arte do cuidar devem ser valorizados, requerendo habilidade técnica e empática (SOUZA, 1995).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem permitindo aos enfermeiros um cuidar científico e humanizado. Esse cuidar destina-se a uma assistência qualitativamente adequada, que assume dimensão especial para o paciente oncológico no estabelecimento ético das prioridades, no intuito de considerar a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais (GARGIULO et al., 2007). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar, orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação,

afetando definitivamente a qualidade de vida futura (BRASIL, 2009).

Conclusão

A relação entre a equipe de enfermagem, terapia intensiva e a de oncologia pode favorecer o melhor conhecimento dos eventos fisiopatológicos relacionados à doença e ao tratamento da criança com câncer. Além de possibilitar diversas resoluções de situações de enorme risco de vida. Ademais, os cuidados de terapia intensiva na criança com câncer são essenciais para a sua melhoria sobrevida delas, com descrições cada vez mais frequentes de cura da doença oncológica.

Agradecimentos

Ao Dr. Luiz Fernando Lopes, coordenador do DEP (Departamento de Ensino e Pesquisa) do CTFM/GACC pelas correções e sugestões referente temática discutida.

Ao "Centro de Pesquisa Bibliográfica" da UNITAU pela disponibilização de consulta de artigos científicos em base de banco de dados.

Referências

BOING, A.F.; VARGAS, S.A.L.; BOING, A.C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**. v. 53, n.4, p. 317-322. 2007.

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde): **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS; 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**. v.17, n. 4, p. 491-505. 2004.

BORGES, A.D.V.S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**. v. 11, n. 2, p. 361-369. 2006.

TRINCAUS, M. R.; CORREIA, A.K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 41, n.1, p. 44-51. 2007.

MEYER, A. *Death and disability from injury: a global challenge*. **Journal of Trauma**. v. 44, n. 1, p. 1-12. 1998.

- HALLAHAN, A. R. et al. *Improved outcome of children with malignance admitted to a pediatric intensive care unit.* **Critical Care Medicine.** v. 28, n. 11, p. 3718-3721.2000.
- REAMAN, H. G. *Pediatric oncology: current view and outcomes.* **Pediatric Clinics of North America.** v. 49, n.1, p. 1-39. 2002.
- HAYASHI, M. **Comparação dos diferentes escores de gravidade utilizados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica oncológica.** 2010. 175 p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.
- KEENGWE, I.N. et al. *Paediatric oncology and intensive care treatments: changing trends.* **Archives of Disease Childhood.** v.80, n. 6, p. 553-555. 1999.
- GOODMAN, D.; WILDE, R.; GREEN, T. *Oncology patients in the pediatric intensive care unit: room for optimism.* **Critical Care Medicine.** v. 28, n. 11. p. 3768-3769. 2000.
- WEST, D. et al. *Children with cancer, fever and treatment-induced neutropenia: risk factors associated with illness requiring the administration of critical care therapies.* **Pediatric emergency care.** v. 20, n. 2, p. 79-84. 2004.
- VAN VEEN, A. et al. *The prognosis of oncologic patients in the pediatric intensive care unit.* **Intensive care medicine.** v. 22, n. 2, p. 237-241. 1996.
- SIVAN, Y. et al. *Outcome of oncology patients in the pediatric intensive care unit.* **Intensive care medicine.** v. 17, n. 1, p. 11-15. 1991.
- HAYES, C. et al. *The outcome of children requiring admission to an intensive care unit following bone marrow transplantation.* **British journal of haematology.** v. 102, n. 2, p. 666-670. 1998.
- HEYING, R. et al. *Efficacy and outcome of intensive care in pediatric oncologic patients.* **Critical Care Medicine.** v. 29, n.12, p. 2276-2280. 2001.
- TAMBURRO, R.F. et al. *Changes in outcomes (1996-2004) for pediatric oncology and hematopoietic stem cell transplant patients requiring invasive mechanical ventilation.* **Pediatric critical care medicine.** v.9, n.3, p.270-277. 2008.
- FISER, R.T. et al. *Outcome of severe sepsis in pediatric oncology patients* **Pediatric critical care medicine.** v.6, n. 5, p. 531-536. 2005.
- MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo.** v. 9, n.1, p.19-28. 2004.
- VINCENT, S.P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira Cancerologia.** v. 53, n. 1, p.79-85. 2007.
- AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto & Contexto Enfermagem.** v. 20, n.1, p. 94-101. 2011.
- LARCHE, J. et al - *Improved survival of critically ill cancer patients with septic shock.* **Intensive Care Medicine.** v. 29, n.10, p. 1688-1695. 2003.
- SALLUH, J.I.L.; SOARES, M. Políticas de Admissão de Pacientes Oncológicos na UTI: Hora de Rever os Conceitos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 18, n.3, p. 217-218. 2006.
- CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** 1 ed. São Paulo: Martinari, 2010, p. 17 - 23.
- NOVAES, M. A. et al. *Stressors in ICU: perception of the patients relatives and health care team.* **Intensive Care Medicine.** v. 25, n. 12, p. 1421-1426, 1999.
- ALMEIDA, M.I. et al. O ser mãe de criança dependente: realizando cuidados complexos. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem.** v.10, n. 1, p. 36-46. 2006.
- BRASIL. Ministério da Ação Social. Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília; 1990.
- GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v. 26, n. 1, p. 20-30. 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vl.1, p. 252-253. 2002.

LEMOS, F. A. et al. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 12, n. 3, p. 485-493. 2004.

NASCIMENTO, L. G. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 39, n. 4, p.469-474. 2005.

FREIRE, M. C. B. **O Instituto de Oncologia Pediátrica/GRAACC/ Unifesp a partir da visão das mães de pacientes**. 2004. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência do Câncer Infantil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 19 jul. 2011.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **O que é câncer**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 19 jul. 2011.

CASTRO, JR, C. G. **O que é câncer**. In: Instituto do Câncer Infantil do RS. Disponível em: <<http://www.ici-rs.org.br/sobre-a-doenca>> Acesso em: 20 jul. 2011.

SOUZA, A.I.J. **No cuidado com os cuidadores: em busca de um referencial para ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire**. 1995. 99 p. Dissertação (mestrado) - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

GARGIULO, C. A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 16, n. 4, p. 696-702. 2007.