



**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

BÁRBARA CARDOSO RIBEIRO

**CÂNCER INFANTIL- ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DA FAMÍLIA
DIANTE DA DOENÇA**

TERESINA

2018

BÁRBARA CARDOSO RIBEIRO

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DA FAMÍLIA DIANTE DO CÂNCER
INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade do Médio
Parnaíba - FAMEP, como requisito para
conclusão de graduação em Bacharelado
em Enfermagem.

Orientador: Professor Dr. Everton Moraes
Lopes.

TERESINA

2018

BÁRBARA CARDOSO RIBEIRO

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DA FAMÍLIA DIANTE DO CÂNCER
INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade do Médio
Parnaíba - FAMEP, como requisito para
conclusão de graduação em Bacharelado
em Enfermagem.

Orientador: Professor Dr. Everton Moraes
Lopes.

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador

Prof. (a) 1º examinador

Prof. (a) 2º examinador

Dedico aos meus filhos Nyna Esther e Yuri Gabriel, crianças escolhidas por Deus para darem mais sentido a minha vida, aos meus pais; Teresinha e Francisco (*In memórian*) ,ao Edson Jr. com quem partilho a vida e muitos sonhos, aos meus mestres em sala de aula as do campo de estágio e em especial ao professor querido Everton Lopes pela paciência, dedicação e amizade . Obrigada a cada um vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus** que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida e não somente nestes anos acadêmicos, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode ter.

A esta faculdade, a coordenação e principalmente a corpo docente que oportunizou a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a todos os meus mestres em sala de aula tanto quanto as de campo, nos estágios, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade na formação profissional, não só por terem me ensinado, mas por me fazerem aprender. A palavra mestre nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar, terão os meus eternos agradecimentos.

Agradeço a minha família, minha mãe dona Teresinha por sempre me apoiar e ser sempre companheira em tudo que me propus fazer, aos meus filhos Nyna Esther e Yuri Gabriel e ao Edson Jr. por me incentivar sempre, aos amigos que sempre torceram por mim, enfim, FORMEI!

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus!

É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade são formas de demonstrar fé em situações de extrema importância e necessidade, pois a religiosidade é caracterizada pela prática de alguns rituais religiosos públicos que são compartilhados com pessoas que possuem as mesmas crenças religiosas, já a espiritualidade refere-se às atividades solitárias como preces e leituras religiosas, assim os dois modos de manifestação de fé são capazes de amenizar o sofrimento. O estudo teve como objetivo descrever a importância da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento familiar diante do câncer infantil. Este trabalho utilizou método exploratório e descritivo, é uma pesquisa de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, com a realização de pesquisas nos bancos de dados virtuais SCIELO (Livraria Científica Eletrônica Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde) e o Google Acadêmico com as palavras-chave: “câncer infantil”, “religiosidade” e “espiritualidade”. Foram pesquisados e estudados artigos científicos datados entre 2008 a 2018. O material foi selecionado ressaltando dados considerados de relevância para o tema proposto. Em seguida, foram organizados por assuntos para construir um corpo de conhecimentos sobre a espiritualidade e religiosidade fé em tratamento de crianças com câncer. Os resultados encontrados evidenciam que a família tem um papel fundamental e contribuição essencial em promover a paz espiritual do paciente acometido por essa doença. A religiosidade e a espiritualidade no enfrentamento não só do câncer mais de qualquer doença que tenha a estigma de morte, é muito importante, pois fortalece o espírito e com isso a esperança da cura do corpo.

Descritores: Câncer infantil. Religiosidade. Espiritualidade.

ABSTRACT

Religiousness and spirituality are ways of showing faith in situations of extreme importance and necessity, because religiosity is characterized by the practice of some public religious rituals that are shared with people who have the same religious beliefs, whereas spirituality refers to the activities solitary as prayers and religious readings, so the two modes of manifestation of faith are able to soften the suffering. The purpose of this study was to describe the importance of religiosity and spirituality in confronting the family in the face of childhood cancer. This work used an exploratory and descriptive method, is a literature review research, with a quantitative approach, with the accomplishment of researches in the virtual databases SCIELO (Literature Scientific Eletronic Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health) and Google Scholar with the keywords: "childhood cancer," "religiosity," and "spirituality." Scientific articles dating from 2008 to 2018 were researched and studied. The material was selected highlighting data considered relevant for the proposed theme. They were then organized by subjects to build a body of knowledge on spirituality and faith religiosity in treating children with cancer. The results show that the family has a fundamental role and essential contribution in promoting the spiritual peace of the patient affected by this disease. Religiousness and spirituality in facing not only cancer but any disease that has the stigma of death, is very important, because it strengthens the spirit and with it the hope of healing the body.

Keywords: Childhood cancer. Religiosity. Spirituality.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde

OMS - Organização Mundial Da Saúde

SciELO- Livraria Científica Eletrônica Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Aspectos Gerais do Câncer.....	14
3.2 Dados epidemiológicos do câncer no Brasil.....	16
3.3 Tratamento do Câncer.....	19
3.4 Câncer Infantil.....	20
4 METODOLOGIA.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
5.1 Caracterização das principais publicações.....	25
5.2 Impacto do diagnóstico de câncer.....	26
5.3 A Família do Paciente com Câncer.....	28
5.4 Estratégias de Enfrentamento.....	30
6 CONCLUSÃO.....	34
REFERENCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Religião na sua etimologia latina significa *religare*, religar, restabelecer ligação. Segundo Socci (2006), há uma distinção entre religiosidade e espiritualidade. Religiosidade pode ser considerada como crenças associadas a alguma seita ou instituição religiosa, caracterizada pela prática de alguns rituais religiosos públicos que são compartilhados com pessoas que possuem as mesmas crenças religiosas. Já a espiritualidade refere-se às atividades solitárias como preces e leituras religiosas. Assim, o termo espiritualidade estaria mais ligado a vivências intrínsecas ao indivíduo, enquanto que o termo religiosidade expressaria vivências mais extrínsecas a ele. Neste sentido, é comum que a espiritualidade coexista com a religiosidade, embora às vezes isso não aconteça necessariamente.

A fé sugere um grupo de adoração partilhada e a espiritualidade conduz comportamentos e sentimentos como a esperança e amor que traz significado a vida das pessoas. Nesse sentido, a religiosidade surge como um recurso utilizado pelas pessoas envolvidas no cuidado das crianças com câncer, para ajuda-las no manejo das situações difíceis, nas diversas alterações de rotinas, mas sempre acreditando na capacidade de recuperação e cura. Assim, a espiritualidade e a fé amenizam conflitos decorrentes dessa nova situação que surge de forma inesperada carregada de sofrimento (COELHO, 2011).

Estima-se que, para o Brasil, para cada ano do biênio 2018-2019, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Entre esses casos o percentual mediano dos tumores infanto-juvenis observados nos Registros de câncer de base populacional (RCBP) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 3%, estima-se que ocorrerão 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes (até os 19 anos). As Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 5.300 e 2.900, respectivamente, seguidas pelas Regiões Centro-Oeste (1.800 casos novos), Sul (1.300 casos novos) e Norte (1.200 casos novos) (INCA, 2018).

De acordo com Medici e Beltrão (2016) os tipos de cânceres infantis mais comuns são: Leucemia, câncer dos glóbulos brancos, onde cerca de 30% das neoplasias diagnosticadas são casos desse tipo de câncer, seguidos por Tumores do Sistema Nervoso Central, Linfoma, Neuroblastoma, Retinoblastoma e Tumor de Wilms.

O Câncer é uma doença que até hoje, mesmo com os constantes avanços tecnológicos na sua detecção e tratamento, ainda é extremamente temida e fortemente associada à morte. Desde o diagnóstico até o fim do tratamento, o paciente sofre danos tanto físicos quanto psicológicos, pois além de submeter-se a procedimentos médicos geralmente agressivos, tem sua vida totalmente transformada pela presença da doença. Quando o portador de câncer é uma criança, não há como não falar da família, pois os danos causados pela doença também afetam seus familiares de uma forma muito intensa e estes tem papel fundamental no tratamento e recuperação do paciente (CARDOSO, 2007).

Desse modo, a religiosidade e espiritualidade funcionam como uma importante ferramenta de enfrentamento. Acredita-se que um ser superior traz para esses familiares, conforto e esperança, o câncer, no geral, gera dúvidas, medos e incertezas, pois é um prognóstico sombrio, principalmente quando é relacionado a crianças o que implica mais compreensão do impacto da doença na perspectiva dos membros da família, pois de certa forma todos são afetados (SOUZA, 2011).

As mães referem mudanças na vida pessoal, familiar, afetiva e social marcada por afastamentos de amigos e vizinhos, desvinculação de escola e trabalho, muitas dessas mães têm que enfrentar a situação do diagnóstico sozinhas, ou pela falta de apoio ou pelo abandono do companheiro, que dificulta ainda mais o enfrentamento da situação (OLIVEIRA, 2009).

É muito comum nesse tipo de caso à insatisfação, conflitos e aumento do estresse, relacionados a ausência do lar para acompanhar o tratamento. A sensação de abandono é bastante recorrente tanto no aspecto em que as mães se sentem sozinhas desamparadas, quanto na culpa de deixarem seus lares sozinhos, conjugues e outros filhos. Os cuidadores se tornam o alicerce desse enfermo assim faz-se necessário o fortalecimento das redes afetivas e sociais da mãe e da criança com câncer composta por amigos, familiares, instituições e serviços de saúde, para assegurar condições mínimas para mãe obter o tratamento de sua criança (GUIMARÃES, 2015).

O interesse no presente assunto deu-se a partir da experiência com o diagnóstico dado ao meu pai e minha irmã paterna no ano de 2004 e 2007, momento difícil para mim, ver duas pessoas da minha família com tal problema. Entretanto, a religiosidade funcionou como importante ferramenta de conforto para todo o sofrimento em que vinha passando.

Ter fé implica uma atitude contrária à dúvida e está intimamente ligada à confiança. Nessa situação com o surgimento de problemas emocionais e físicos, ter fé significa ter esperança de algo vai mudar de forma positiva, para melhor, ou seja, voltaria a ter saúde ou ter conforto nos seus últimos dias. Desse modo, a presente pesquisa tem como problemática a seguinte questão: Qual o papel da espiritualidade e religiosidade no encorajamento familiar diante do câncer infantil?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a importância da religiosidade e da espiritualidade no enfrentamento familiar diante do câncer infantil.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as principais dificuldades familiares diante do tratamento oncológico infantil;
- b) Avaliar a fé como fonte de apoio nos momentos delicados do tratamento;
- c) Listar as principais estratégias de enfrentamento diante do câncer infantil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos gerais do câncer

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (INCA, 2014).

O câncer se inicia quando as células de algum órgão ou tecido do corpo começam a crescer fora de controle. Esse crescimento é diferente do crescimento celular normal. Em vez de morrer, as células cancerosa continuam crescendo e formando novas células anômalas. As células cancerosas também podem invadir outros tecidos, algo que as células normais não fazem. O crescimento fora de controle e invadindo outros tecidos é o que torna uma célula em cancerosa (SBC, 2018).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2014).

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos (INCA, 2014).

O avanço dos processos de transição demográfica e epidemiológica teve efeitos positivos no aumento da expectativa de vida e na redução da mortalidade por

doenças transmissíveis e causas materno-infantis. Mas trouxe como corolário o aumento do peso das doenças crônicas na carga de enfermidade, dentre as quais desponta o câncer como uma das principais (MEDICI; BELTRÃO, 2015).

Embora o câncer geralmente apareça nas idades mais avançadas, algumas formas de câncer ocorrem entre crianças, jovens e adultos, fazendo com que o sofrimento familiar e as perdas econômicas sejam ainda maiores. As análises relacionadas ao câncer tem estado concentradas na sua epidemiologia, mas pouco tem avançado na análise de seus aspectos demográficos (MEDICI, 2015).

3.2 Dados epidemiológicos do Câncer no Brasil

Os dados de mortalidade e morbidade por câncer no Brasil têm sido registrados pelo DATASUS e acompanhados e avaliados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Utilizaremos a série histórica das informações existentes no DATASUS entre 1990 e 2011 e dados e projeções do INCA para o período 2010-2014, para avaliar a evolução epidemiológica do câncer no Brasil. Estes dados apresentam algumas restrições, dado que somente registram as informações de pessoas que tiveram alguma forma de tratamento (no caso da morbidade) ou que tiveram uma avaliação médica de sua causa de morte. Isto poderá estar eliminando uma quantidade significativa de pessoas que não tem cobertura regular aos serviços de saúde ou acesso a detecção precoce, prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas. Os dados de mortalidade e morbidade por câncer, ao nível dos registros administrativos (DATASUS e INCA), serão complementados com os dados existentes nas pesquisas domiciliares, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, do IBGE, que apresenta informações sobre morbidade referida de câncer em seu suplemento especial de saúde (IBGE, 2010).

Em 2011, 184,4 mil pessoas morreram por câncer no Brasil, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do DATASUS: 53,4% homens e 46,6% mulheres. As neoplasias foram a segunda causa de mortalidade no Brasil, depois das doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 335,2 mil mortes naquele mesmo ano. A incidência de câncer é maior nas idades mais avançadas. Em 2011, 66,3% das mortes por câncer no Brasil ocorreram entre pessoas com mais de 60 anos de idade de acordo com a mesma fonte (MEDICI; BELTRÃO, 2015).

O Instituto Nacional do Câncer estima que 394 mil novos casos de câncer surgirão em 2014 (excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma), dos quais 43% em pessoas com mais de 65 anos de idade. Embora a mortalidade por câncer seja maior entre os homens, a morbidade não é. Dos casos novos estimados em 2014, 48% ocorreriam em mulheres e 52% em homens. Segundo os dados do DATASUS-SIM, entre novembro de 2012 e novembro de 2013 o câncer foi responsáveis por 910,5 mil internações (INCA, 2015).

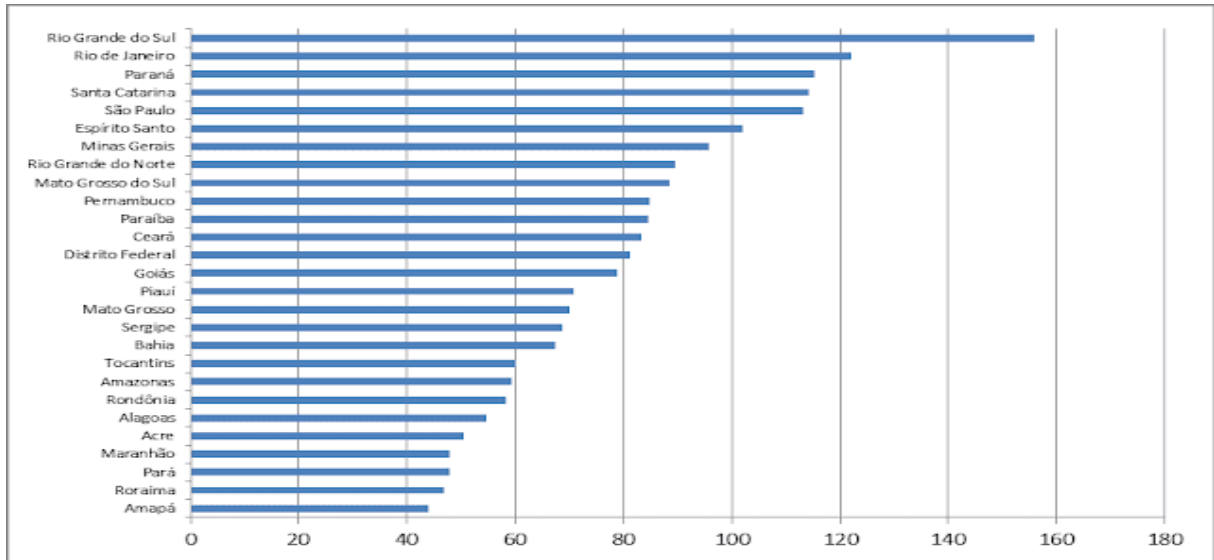
Hoje é incontestável o fato de que o câncer no Brasil é um problema de saúde pública e, seu controle e prevenção devem ser priorizados no país. Assim o Ministério da Saúde inclui ações de controle do câncer entre os 16 objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para o período de 2011-2015, com destaque para as ações de redução do tabagismo, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos canceres, assim como a publicação da nova política de prevenção e controle do câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas (FACINA; 2014).

De acordo com os dados do DATASUS, a mortalidade por câncer entre 1990 e 2011 passou de 57,5 para 95,5 por 100.000 habitantes, representando um crescimento de 66,3%, ou seja, um aumento de 2,5% ao ano. Nas regiões que ingressaram a mais tempo no processo de transição demográfico-epidemiológica, como o Sul, as taxas alcançaram 130,8 por 100.000 habitantes em 2011, enquanto que naquelas onde esse processo ainda se encontra insipiente, como o Norte, elas se situavam em 52,5 por 100.000 habitantes no mesmo ano. No entanto, algumas regiões mostram um rápido aumento das taxas de mortalidade por câncer como é o caso do Nordeste que, no período analisado, passaram de 25,3 para 72,5 por mil, em que pese o fato de que estas taxas podem estar sendo infladas pelo fato de que a cobertura dos registros de mortalidade, em geral, e por câncer, em particular, também melhora, especialmente nos estados mais pobres, ao longo destes anos (INCA, 2015).

Embora hajam discrepâncias regionais, os dados atuais evidenciam que existe uma tendência ao aumento da incidência de câncer no Brasil, mas as taxas de mortalidade vigentes na Região Sul são quase duas vezes e meia maiores do que as vigentes na Região Norte, ainda que se deva descontar destas taxas o diferencial da cobertura dos registros de mortalidade por câncer nas regiões (INCA, 2014).

O gráfico abaixo, resultado da pesquisa de mostra as taxas de mortalidade por câncer em cada estado da federação.

Gráfico 1 - Brasil: Taxas de Mortalidade por Câncer por 100 mil habitantes por Estado em 2011



FONTE: (MEDICI, 2015)

As taxas de crescimento da mortalidade por câncer mais altas, entre 1990 e 2011, se observam no Tocantins (onde a mortalidade aumentou 6 vezes), Maranhão, Piauí e Paraíba (onde a mortalidade aumentou mais de 3 vezes), Rio Grande do Norte, Acre, Alagoas, Mato Grosso, Bahia, Sergipe, Goiás, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte (onde a mortalidade aumentou entre duas e três vezes). Os demais Estados não chegaram a duplicar as suas taxas (MEDICI; BELTRÃO, 2015).

As diferenças nas taxas mortalidade por câncer entre os Estados refletem, sobretudo, distintos momentos da transição demográfica e epidemiológica em cada Estado. Pode-se dizer que os Estados que estão em um momento mais avançado da transição demográfica tem uma idade média de sua população mais elevada e, conseqüentemente, taxas de mortalidade por câncer mais elevadas. No entanto, dado que os Estados do Norte e do Nordeste vem sofrendo uma aceleração do seu processo de transição demográfico-epidemiológica há uma tendência a que suas taxas de mortalidade por câncer venham a convergir no futuro, dado que o intervalo associado a estas taxas entre os Estados do Norte e Nordeste em relação aos do Sul e do Sudeste vem se reduzindo ao longo do tempo. Como já comentado, a

melhora na cobertura pode estar colaborando para a redução no hiato (MEDICI, 2015).

Correlacionando as taxas de mortalidade por câncer (DATASUS) com a idade média da população (IBGE) para os Estados Brasileiros, obtém-se um coeficiente de regressão (R^2) de 0,87. Estados que estão em estágios mais avançados no processo de transição demográfica e epidemiológica apresentam não só uma maior proporção de idosos, mas também uma renda per-capita mais elevada do que aqueles que estão em estágios menos avançados.

As diferenças entre a mortalidade, e também a incidência de câncer por Estado refletem, portanto, diferenças na estrutura etária, no processo de transição demográfica e epidemiológica e no nível de renda dos diferentes Estados. Desta forma, os Estados com maior incidência, como Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul tem idades médias de sua população de 31, 34 e 35 anos, enquanto que no Amapá, Maranhão e Acre, as idades médias são de 26, 28 e 26 anos, respectivamente (MEDICI, 2015).

Mas nem todos os tipos de câncer ocorrem em idades avançadas. Cânceres como o cérvix uterino e de mama, entre as mulheres, ocorrem na maioria das vezes, durante ou ao final do período reprodutivo e cânceres de pele (melanomas) podem acontecer também em idades mais jovens especialmente para aqueles com maior exposição a radiação solar (INCA, 2015).

De acordo com as tendências históricas observadas pelo INCA, no ano 2012 ocorreu 257,9 mil novos caso de câncer entre homens e 260,4 mil casos em mulheres. Estes dados permitem estimar uma incidência de câncer de 268 e de 260 por 100 mil habitantes para homens e mulheres, respectivamente. Considerando-se somente os municípios das capitais, esta incidência aumentaria para 319 e 323 por 100 mil para cada um dos sexos, respectivamente. Isto mostra a necessidade de que os municípios das capitais comecem a concentrar um conjunto importante de facilidades para o tratamento desta doença, dado seu rápido crescimento esperado para os próximos anos e as economias de escala e aglomeração que as capitais permitiram trazer para enfrentar o combate a esta doença (MEDICI, 2015).

Analisando-se as taxas de incidência de câncer por estado se chegaria a um ranking diferente das taxas de mortalidade por câncer por estado, dado que leva em conta a relação entre morbidade e mortalidade. Assim, os três estados com maior incidência estimada de câncer no Brasil não coincidem totalmente com os estados

com maior mortalidade. A maior incidência de câncer no Brasil para homens e mulheres, de acordo com os dados, se encontra nos estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, enquanto que a maior mortalidade, foi registrada nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina. (MEDICI;BELTRÃO, 2015).

Diferentes níveis de desenvolvimento demográfico e epidemiológico gera um ranking de incidência de câncer que pode ser bastante diferente de acordo com os países e Regiões. Em recente artigo de Jemal, realizou-se uma comparação sobre a incidência e mortalidade por câncer entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, chegando-se a conclusão que os cânceres onde a incidência e mortalidade são maiores nos países em desenvolvimento são os de esôfago, linfoma de Hodkin, fígado, naso-faringe, estômago (entre os homens) e colo de útero, exôfago, fígado, naso-faringe, cavidade-oral e estômago, entre as mulheres. Poderiam em certo sentido estes tipos de câncer ser considerados os cânceres da pobreza? Alguns especialistas dizem que sim, dado os tipos de fatores que influenciam seu desenvolvimento, como é o caso do câncer de estômago, que será visto mais adiante (MEDICI, 2015).

3.3 Tratamento do câncer

O tratamento do câncer infantil é determinado com base no tipo e estadiamento da doença. As opções podem incluir quimioterapia, cirurgia, radioterapia e outros tipos de tratamento. Em muitos casos, mais do que um destes tratamentos ou combinações deles são realizados (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

Atualmente, o câncer ainda é uma doença de manifestação silenciosa e repleta de medos e tabus; e acima de tudo estigmatizante. Pacientes e familiares estando diante ao diagnóstico do câncer tendem a reações diversas, relacionadas principalmente a perdas e mudanças significativas em decorrência dos procedimentos propostos (TELES, 2009).

Alguns tipos de câncer infantil podem ser tratados com altas doses de quimioterapia seguida de um transplante de medula óssea. Alguns tipos mais recentes de tratamentos, como a terapia alvo e imunoterapia, também se mostraram

promissores no tratamento de alguns tipos de cânceres infantis (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016)

Apesar de existirem exceções, os cânceres infantis geralmente respondem bem à quimioterapia, uma vez que a maioria das formas de quimioterapia afeta as células que estão em desenvolvimento. O organismo das crianças geralmente se recupera mais rapidamente de altas doses de quimioterapia do que o dos adultos. O uso de tratamentos mais intensivos permite aos médicos uma melhor oportunidade de tratar a doença de forma eficaz, mas também pode levar a mais efeitos colaterais de curto e longo prazo. Os médicos fazem o possível para equilibrar a necessidade do tratamento intensivo com a redução, tanto quanto possível, dos efeitos colaterais (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016)

As crianças com câncer e seus familiares têm necessidades especiais que podem ser mais bem atendidas em centros especializados em crianças com câncer. O tratamento do câncer infantil envolve uma equipe multidisciplinar que deve incluir oncologistas pediátricos, cirurgiões pediátricos, radioterapeutas, enfermeiros pediátricos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, e fisioterapeutas. (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016)

Durante o tratamento é importante que a família participe ativamente junto a criança, dando segurança e confiança, visto que o tratamento de crianças é diferente do tratamento de pacientes adultos. O ideal é que a criança possa ser tratada em centros onde outras crianças também estejam recebendo tratamento. Existem centros especializados para o tratamento de crianças e, em sua maioria, grandes centros de atendimento de pacientes com câncer possuem atendimento específico para crianças (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2016).

3.4 Câncer infantil

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (que afeta os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tipo de tumor renal),

retinoblastoma (afeta a retina, fundo do olho), tumor germinativo (das células que vão dar origem aos ovários ou aos testículos), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (tumores de partes moles) (INCA, 2015).

Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos (INCA, 2018).

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 80% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado (INCA, 2018).

Ao contrário dos adultos, o câncer infantil não está associado, na maioria dos casos, a fatores ambientais e não depende da exposição aos propagados fatores de risco como tabagismo, radiação solar, álcool, obesidade e alimentação desregrada. Geralmente, o câncer na criança e adolescente tem origem desconhecida. Atualmente a doença representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018).

Já sabemos que nestas fases da vida o tumor pode vir de alterações em células embrionárias primitivas e imaturas ou por predisposição genética, mas na maioria das vezes não conseguimos identificar a causa. Apesar disso, avançamos muito no tratamento de praticamente todos os tipos de câncer infantil, com índices extremamente positivos como em leucemias linfocíticas agudas onde a taxa de cura chega a 86%" (CAMARGO CANCER CENTER, 2018).

Portanto, sem causar pânico aos pediatras e familiares, recomenda-se atenção especial a quadros como surgimento de nódulos ou caroços, palidez e falta de energia inexplicável, aparecimento de hematomas sem motivo, dor localizada persistente, febres sem aparente explicação e dores de cabeças frequentes, muitas vezes acompanhadas por vômitos (CAMARGO CANCER CENTER, 2018).

Aparecimento de características sexuais em crianças, como pêlos, aumento do pênis ou do clitóris, aumento de volume abdominal, mancar sem razão aparente, mudanças nos olhos ou na visão, perda de peso rápida e excessiva, dor abdominal prolongada e sangramentos frequentes (por nariz, ânus, vias urinárias) também devem ser analisados entre os fatores (CAMARGO CANCER CENTER, 2018).

Entre os tipos mais comuns de câncer em crianças e adolescentes a grande maioria são leucemias, sobretudo dos 2 aos 5 anos, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin, do sistema linfático (INCA, 2014).

Apesar de seguir as técnicas aplicadas em adultos (cirurgia, radioterapia e quimioterapia, combinadas ou não) o tratamento dos cânceres infanto-juvenis é específico e as respostas em sua maioria são muito mais rápidas. "Sabemos que pais e familiares ficam muito preocupados, pois seus filhos estão em pleno desenvolvimento, mas os avanços não param, com resultados cada vez mais promissores para estas crianças e adolescentes", destaca a oncologista pediatra (A C CAMARGO CANCER CENTER, 2018).

4 METODOLOGIA

Este trabalho utilizou método exploratório e descritivo, trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, com a realização de pesquisas nos bancos de dados virtuais SCIELO (Livraria Científica Eletrônica Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde) e o Google Acadêmico

Foram pesquisados e estudados artigos científicos datados entre 2008 a 2018. O material foi selecionado ressaltando dados considerados de relevância para o tema proposto. Em seguida, foram organizados por assuntos para construir um corpo de conhecimentos sobre a espiritualidade e religiosidade fé em tratamento de crianças com câncer o período de coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2018.

Desse modo, a busca foi realizada com as seguintes palavras-chave:

- 1 “câncer infantil”
- 2 “religiosidade”
- 3 “espiritualidade”

A pesquisa foi realizada em uma base por vez através da combinação entre a primeira palavra-chave com a segunda e terceira. Os artigos encontrados passaram por uma triagem inicial onde foram selecionados através de seus títulos e resumos apenas artigos que abordassem diretamente a temática e assim fossem coniventes aos objetivos dessa pesquisa.

A análise dos artigos seguiu, posteriormente, critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos: a) artigos que apresentarem no título ao menos uma combinação dos termos estabelecidos; b) manuscritos em português, c) textos originais com acesso integral online.

Foram excluídos: a) Artigos em outros idiomas diferentes do português; b) estudos não originais; c) artigos publicados antes de 2008; d) artigos que abordassem o câncer sem destacar a religiosidade ou espiritualidade; e) teses, dissertações e monografias.

Foram, ainda, excluídos os artigos que estavam duplicados nas bases de dados pesquisadas, visto que a busca com diferentes termos por vezes poderia conduzir a seleção de material já analisado, assim esses foram excluídos. Após isso

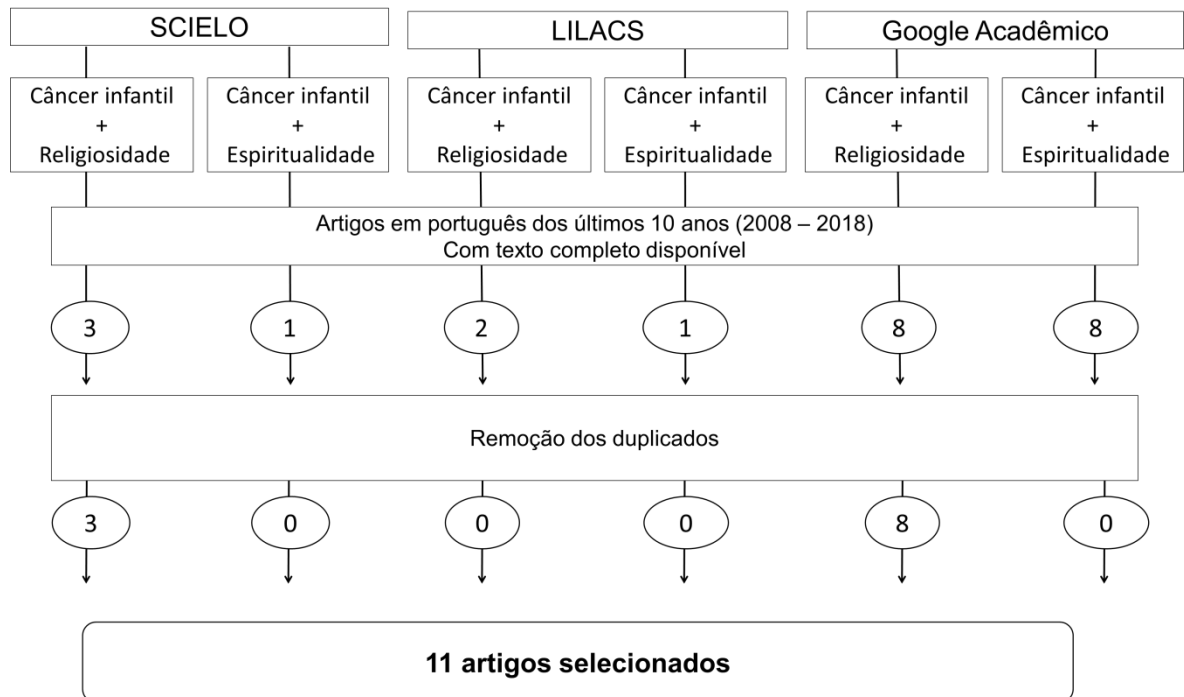
foram lidos na íntegra e classificados de acordo com a relação com o tema, de onde foram extraídos dados para a compressão dos fatores envolvidos nos enfrentamentos do câncer infantil, bem como da assistência de enfermagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das principais publicações

A figura 1 apresenta os dados da seleção dos artigos que compuseram a amostra final para confecção dessa revisão de literatura.

Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos artigos científicos.



Fonte: o autor

A quantificação das publicações encontradas está apresentada na figura 1, que mostra que a busca foi iniciada pelo SCIELO, onde utilizamos a palavra-chave “câncer infantil” associada a “religiosidade” e os resultados nos mostraram a existência de 03 publicações, já a associação dos termos “câncer infantil” e “espiritualidade” nos reportou a 01 artigo, adequado a temática. O mesmo procedimento de pesquisa foi repetido na base de dados científicos LILACS onde a primeira busca nos reportou a 02 artigos duplicados e a segunda a 01 duplicado, no Google Acadêmico na primeira busca, encontramos 08 artigos e na segunda também foram encontradas 8 publicações que estavam duplicados, assim após a remoção dos duplicados, restaram 11 trabalhos científico que compuseram a amostra desse estudo, sendo analisados 03 do SCIELO e 08 no Google Acadêmico.

O quadro 1 apresenta a caracterização dos 11 estudos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1 – Caracterização das publicações dos artigos científicos selecionados

Autor	Ano	Revista	Local de realização do estudo
DI PRIMO et al.	2010	Texto e Contexto Enfermagem	Florianópolis, SC
COMARUI; MONTEIRO	2008	Gaúcha de Enfermagem	Porto Alegre, RS
AMADOR et al.	2013	Brasileira de Enfermagem	Brasília, DF
NASCIMENTO et al.	2009	Rede de enfermagem do Nordeste	Fortaleza, CE
KANDA et al.	2014	Cogitare Enfermagem	Curitiba, PR
MALTA et al.	2009	Fiocruz	Crato, CE
DAILON et al.	2016	Cuidarte	Crato, CE
ALMICO; FARO	2014	Sociedade Brasileira de Psicologia	Aracajú, SE
ALVES et al.	2016	Cuidarte	Crato, CE
NASCIMENTO et al.	2010	Acta Paul. Enfermagem	Ribeirão Preto, SP
FARIA; CARDOSO	2011	Estudos de Psicologia	Campinas, SP

Os dados mostram uma boa distribuição temporal dos artigos sobre a temática, visto que não houve concentração dos estudos em determinados períodos. Em relação as revistas científicas, nota-se que existe um destaque as revistas de Enfermagem com 6 publicações, destacando o interesse da enfermagem pela temática, seguido por revistas da área de psicologia. No local de publicação houve um destaque aos estudos realizados na região nordeste com 5 artigos.

5.2 Impacto do diagnóstico de câncer

O estudo de Firmino e Sousa (2013) realizado com 11 familiares cuidadores de crianças do município de Barbalha - CE. mostrou que a experiência de ter uma

criança com diagnóstico de câncer é acompanhada de tristeza e medo da morte decorrentes da incerteza do sucesso no tratamento. Verificou também que a presença de uma criança com câncer altera toda a rotina da família, pois os familiares cuidadores necessitam se ausentar de seu lar e chegam a abandonar o trabalho para se dedicar à criança, porém também pode fortalecer os laços familiares ou gerar conflitos entre eles.

Problemas de ordem emocional ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer como em seus familiares em função da dificuldade em lidar com o diagnóstico. Transtornos psicológicos como depressão e ansiedade são comumente diagnosticados no paciente em seus familiares em todas as fases do tratamento (CEOLIN, 2008). Segundo Penna (2004, p. 379): "estas consequências se devem porque a palavra câncer adquiriu uma conotação de doença terrível, sem cura, e que termina em morte sofrida". Entretanto, apesar das doenças oncológicas serem, na sua maioria, crônicas, nem sempre levam a morte devido a modernas medicações e a tratamentos inovadores. Quanto ao seu impacto, a notícia do câncer é capaz de mudar de forma considerável o relacionamento entre os membros da família e a forma como se comunicam e resolvem questões diárias (MELO et al., 2012).

Almico e Faro (2014) destacam que não só o diagnóstico, mas o tratamento do câncer também é acompanhado de dor e sofrimento para a criança e sua família, por ser muitas vezes incompreendido por ambos, já que os procedimentos invasivos e dolorosos do tratamento desgastam, às vezes, mais do que a própria doença. A possibilidade de cura ou controle da doença fornecida pela quimioterapia usualmente está ligada a uma série de efeitos colaterais incômodos que exigem, tanto das crianças quanto de seus cuidadores, o uso de modos para lidar com os problemas, a fim de facilitar o enfrentamento das vicissitudes do adoecimento e tratamento.

Sabe-se que uma das principais consequências da notícia do diagnóstico de câncer é o sentimento de incerteza relacionado aos problemas e as mudanças que as famílias, cujo um dos membros é diagnóstico com câncer sofrem (FARINHAS et al., 2013).

Quanto aos problemas, podem-se citar: (a) dificuldades econômicas geradas pelos gastos com o tratamento, (b) ocultação do diagnóstico como forma de minimizar comentários indesejáveis, (c) surgimento de conflitos familiares que

prejudicam o suporte necessário e (d) necessidade de constantes adaptações e mudanças nos hábitos de vida (FERREIRA et al., 2010).

Em relação às mudanças que o diagnóstico de câncer pode causar para o paciente e para sua família devem-se destacar as perdas subjacentes à doença, como: (a) perda da saúde e papéis anteriormente exercidos pelo paciente, (b) a impossibilidade de realizar e construir projetos de vida, (c) a redução da renda e (d) o encurtamento do período de vida (FARINHAS et al., 2013).

O estudo realizado por Kohlsdorf (2008) com vinte cuidadores de crianças, após um ano de tratamento para leucemia evidencia que esses problemas psicológicos estão, também, relacionados ao tratamento, o estudo mostrou através de um Inventário de Sintomas de Stress para Adultos que 50,0% dos participantes apresentaram indicadores de presença de manifestações de estresse. Entre os que apresentaram estresse (n=10), 60,0% encontravam-se na fase de resistência, 30,0% na fase de exaustão e 10,0% na fase de quase-exaustão, o que indicava a presença de estresse já instalado. Cabe destacar que a sintomatologia é 90,0% de ordem psicológica.

O diagnóstico e tratamento do câncer infantil traz uma série de impactos que não repercutem só no paciente acometido, mas também na família do paciente, que passa enfrentar uma situação de medo e incertezas, e em contrapartida precisa funcionar como ponto de apoio a criança acometida com a neoplasia.

5.3 A família do paciente com câncer

O impacto do câncer nos pacientes e nos membros da família pode ser compreendido a partir da teoria sistêmica, a qual enfatiza as inter-relações que se estabelecem entre os componentes da família e o efeito mútuo que cada membro tem sobre os demais. Assim, ocorre uma influência recíproca entre paciente e família na medida em que, não apenas o paciente sofrerá significativas alterações em sua vida ao longo do tratamento, como também toda a sua família (FARINHAS, 2013).

Desde o diagnóstico e ao longo do tratamento, a mãe se confronta com uma dualidade: a cura ou a morte do filho. É nesse contexto que se situa a expectativa materna, ou seja, embora tenha esperança na eficácia do tratamento e contribua para sua ocorrência, mostra-se permanentemente temerosa da morte do filho. Desta forma, duas atitudes se sobressaem: por um lado, o apelo à religiosidade como

mecanismo de racionalização do sofrimento e por outro, crenças e vivências que transparecem o temor/elaboração do possível luto pela morte do filho (DOMINGUES et al., 2009).

Um aspecto fundamental a ser considerado quando ocorre uma crise na família é o fenômeno da transgeracionalidade. De acordo com Falcke e Wagner (2005), a transgeracionalidade diz respeito aos processos transmitidos pela família de uma geração para a outra que permanecem presentes ao longo da história. Para essas autoras, o impacto dos aspectos transgeracionais tende a acontecer em momentos específicos do ciclo vital – as crises –, nos quais o sujeito se depara de forma mais concreta com questões de sua família de origem. Durante os períodos de crise, há um acúmulo de estresse no núcleo familiar, o que pode levar a: (a) uma estagnação da família diante da situação que gerou a crise, ou (b) impulsionar a família rumo a mudanças evolutivas (FALCKE; WAGNER, 2005).

O estudo realizado por Fornazari e Ferreira (2010) destaca que a crise causada na família pela descoberta do câncer faz com que a família lance mão de estratégias de enfrentamento para reagir ao problema. As principais estratégias de enfrentamento positivas são a espiritualidade e o apoio psicológico. Quanto à espiritualidade. Na medida em que a fé e a oração são recursos utilizados pela família para enfrentar os medos e as incertezas causadas pelo impacto do câncer, pode-se dizer que o fato da família fazer uso da espiritualidade antes da descoberta da doença funciona como um fator de proteção para o enfrentamento de todas as fases do tratamento.

No que se refere ao estresse causado pelo câncer, sabe-se que a família pode apresentar queixas ocasionadas pelo sofrimento emocional, psicológico e físico de seu familiar (PENNA, 2004). Esse estresse é oriundo das demandas e das consequências do tratamento, como internações, quimioterapias, cirurgias e sessões de radioterapia. Desta forma, por meio da rotina do tratamento de um familiar com câncer, a família começa a ser introduzida a um mundo que a amedronta, desconhecido e diferente do qual ela está habituada: o mundo da doença. Da mesma forma como sofrem as consequências diretas da doença de seu familiar, os familiares também têm enorme influência sobre o tratamento do câncer do paciente (FARINHAS et al., 2013).

O processo de vivenciar uma doença grave está permeado de alterações significativas no cotidiano, fato que não ocorre somente com quem adoece, mas se

estende a todos os membros envolvidos no contexto familiar. A experiência provocada pelo câncer e principalmente pela necessidade de mudança do conceito da doença exige uma reorganização pessoal e familiar nos vários aspectos da vida: social, orgânico, psicológico, emocional e espiritual (MATOS, 2016).

Assim, em função do sofrimento e das mudanças trazidas pelo diagnóstico de câncer, recomenda-se que a família do paciente receba acompanhamento psicológico (FARINHAS et al, 2013). Entretanto, nem sempre os serviços dos hospitais nos quais ocorre o tratamento do câncer oferecem terapia familiar, sendo mais comum atendimento apenas ao familiar cuidador que acompanha o paciente no tratamento.

5.4 Estratégias de enfrentamento

Ao longo do tratamento, existem estratégias de enfrentamento positivas e negativas. O fato de quase sempre a família não tocar no assunto na frente do doente foi considerado como uma estratégia de enfrentamento negativa. Esse comportamento de fuga e esquivia está relacionado aos sentimentos negativos que o câncer desperta na família, principalmente em relação à morte (FARINHA et al., 2018).

No entanto, na maioria das vezes a família em questão faz mais uso de estratégias de enfrentamento positivas mais do que negativas. As principais estratégias de enfrentamento positivas são: a psicoterapia e a espiritualidade (MESQUITA et al., 2013).

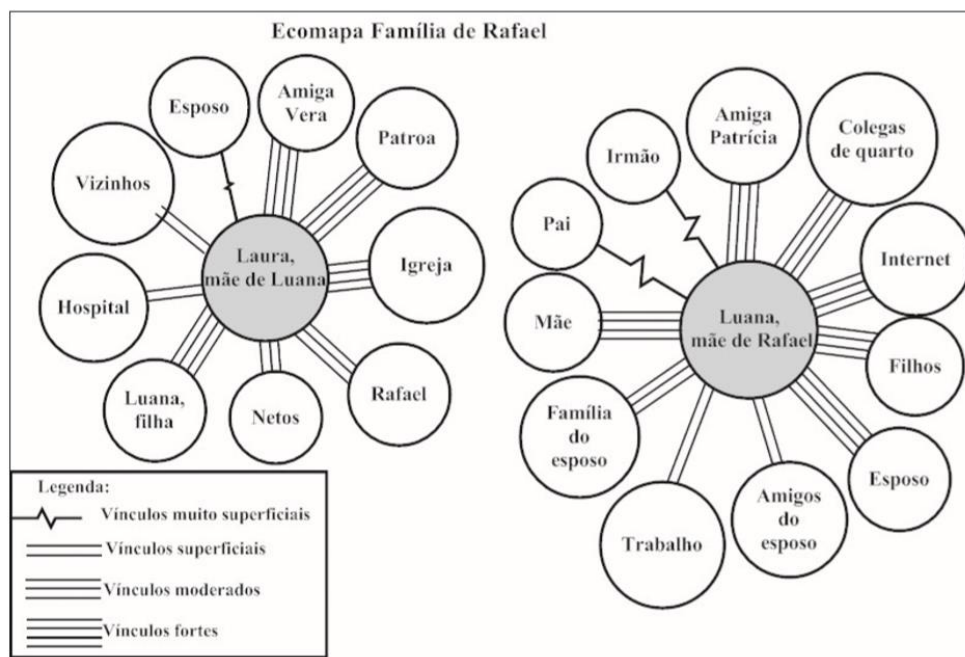
O acontecimento de uma doença é considerado uma situação adversa do desenvolvimento e, por essa razão, requer "o planejamento de oportunidades ambientais compensatórias que garantam, no mínimo, que o curso evolutivo do desenvolvimento humano seja minimamente prejudicado" (FARINHAS et al., 2013). Assim, as pessoas envolvidas no contexto da doença precisam lançar mão de estratégias de enfrentamento, ou seja, habilidades para enfrentar ou para lidar com situações estressantes. Consideram-se estratégias de enfrentamento o esforço cognitivo e comportamental utilizado pelas pessoas para administrar as exigências impostas por um agente estressor, o qual pode ser desencadeado, por exemplo, por uma situação de perda, mudança ou adoecimento (CARVALHO et al., 2008). Entre

as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares e pacientes ao longo do processo de adoecimento está a espiritualidade (SILVA et al., 2018).

Guimarães (2015) descreve em seu estudo as redes sociais e os vínculos apoiadores das famílias que têm em seu contexto uma criança com câncer. Os resultados revelam que a família procura se organizar para lidar com a doença, gerando um fortalecimento dos vínculos familiares e da rede de apoio. A religiosidade aparece como estratégia para suportar as situações advindas do câncer. Entretanto, evidenciou-se que a doença também pode fragilizar os vínculos anteriormente estabelecidos.

Os autores mostram um ecomapa da família (figura 2) de alguns participantes do estudo que evidenciam bem como são estabelecidas essas redes de apoio familiar como importante estratégia de enfrentamento.

Figura 2 – Ecomapa das redes de apoio como estratégia de enfrentamento



Fonte: Guimarães (2015)

Além disso, sabe-se que a religião e, mais especificamente, a prece, são estratégias comumente adotadas por pacientes com câncer, sendo que, muitos deles, tornam-se mais religiosos após o diagnóstico da doença (CARVALHO et al., 2008). Os resultados de um estudo sobre as concepções de familiares ao receberem o diagnóstico de câncer de um membro de sua família indicaram que: (a) a fé é uma

estratégia importante para o enfrentamento tanto do diagnóstico como do tratamento do câncer e (b) que a oração e a reflexão são formas de suportar os reveses da doença e funcionam como uma proteção para os familiares (FERREIRA et al., 2010).

A religiosidade é bastante comum e é observada como uma estratégia de enfrentamento. De acordo com pesquisas, durante todo o tratamento, todos os membros da família buscaram na fé um amparo para superar os medos e a insegurança, principalmente nos momentos mais delicados. Esse resultado está em consonância com o estudo de Barreto e Amorim (2010), segundo o qual religiosidade é uma ferramenta importante para facilitar a aceitação da doença, a família encontra apoio na religiosidade.

Conforme estudos de Almeida e Stroppa, (2009) existe uma forte associação entre espiritualidade e enfrentamento de situações de crise. A estratégia de enfrentamento relacionada ao modo como as pessoas utilizam sua religiosidade para lidar com situações de estresse e de dificuldades na vida (FARIA et al., 2008). Nesses casos a família, pode-se pensar no assunto com maior aceitação, firmeza e capacidade de adaptação os quais mostraram que a prática da religiosidade é uma estratégia de enfrentamento importante, na medida em que pode ajudar: na adesão ao tratamento, a reduzir a ansiedade o estresse, a melhorar a qualidade de vida e a ressignificar a situação da doença.

Considerando-se os benefícios que a religiosidade traz, pode-se pensar, em consonância com Mesquita et al., (2013), que a religiosidade exerce uma influência positiva na qualidade de vida de pessoas que estão com pessoas com câncer. As estratégias de enfrentamento positivas tendem a disponibilizar para os pacientes portadores de câncer e seus familiares melhores recursos internos e externos diante do adoecimento e do tratamento necessário. Assim, os resultados deste estudo mostraram que tanto apoio psicológico como religiosidade foram ferramentas importantes para promover a melhora da qualidade de vida da família estudada.

Destacar o papel do psicólogo é fundamental, pois ele visa manter o bem-estar psicológico do paciente, identificar fatores emocionais que interferem na saúde, assim como, proporcionar ao paciente e à família o significado da experiência do adoecer. Neste sentido, considerando-se que a família é a fonte de apoio principal do paciente com câncer, cuidar dela é uma forma de ampliar a atuação do psicólogo (FERREIRA et al., 2011).

O enfermeiro também é imprescindível nessa atenção, ao conhecer as redes de apoio da família da criança com câncer, tem subsídios para intervir em situações subsequentes da doença e do tratamento quimioterápico, como, por exemplo, problemas relacionados aos aspectos psicossocial e emocional, além dos efeitos adversos da terapêutica. Devido à complexidade de cuidar nesse processo e contexto, a enfermagem necessita realizar um trabalho multidisciplinar, integrando outras áreas de conhecimento, a fim de contribuir para um cuidado humanizado junto a essas famílias (DI PRIMIO et al., 2010).

A inserção da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico requer conhecimentos, habilidades e responsabilidades. Nesse sentido, as metas devem ser claras e direcionadas ao paciente, sua família e demais pessoas significativas, contemplando os aspectos físico, emocional, social e espiritual.

A prática de enfermagem em cancerologia deve incluir todos os grupos etários e todas as especialidades da enfermagem, sendo realizada em qualquer ambiente de cuidados de saúde, desde residências e comunidades até instituições de cuidados agudos e centros de reabilitação. Vale ressaltar que a assistência de enfermagem é prestada por uma equipe formada pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, e que suas atribuições estão dispostas conforme do decreto nº 94.406/87, onde o enfermeiro é responsável pela elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, para que se tenha a prevenção e controle de possíveis danos a saúde do cliente (MINEO et al., 2012).

5 CONCLUSÃO

A religiosidade e a espiritualidade a busca da cura não só do câncer mais de qualquer doença que tenha a estigma de morte, é imprescindível, pois fortalece o espírito e com isso a esperança da cura do corpo.

A convivência entre os familiares torna-se uma experiência difícil/dolorosa representada por condições envolvidas no tratamento e diagnóstico da patologia, o medo, sofrimento e a iminência da perda do familiar, ocasionam em baixa autoestima e revolta, geram mudanças na rotina familiar, inversão de papéis, impotência frente à doença, dificuldade de expressar sentimentos e fragilidades, medo do desconhecido, comprometimento do autocuidado, entre outros. Entretanto, a própria família é o maior ponto de apoio que contribui para o enfrentamento, logo todas essas dificuldades devem ser superadas para que a família constitua uma importante rede de contato.

O enfrentamento é focado nas estratégias para suprir a necessidade que as emoção trazem, referem-se às atitudes adotadas pelos indivíduos quando percebem que os estressores não podem ser modificados e que é necessário continuar interagindo e os enfrentando. Tais estratégias são representadas por sentimentos de esperança, que utilizam a religiosidade e a espiritualidade como dois elos imprescindíveis para a redução dos fatores estressores. Assim, funcionam como ponto de apoio a diante das inúmeras dificuldades que a patologia traz, sobretudo quando o acometido é uma criança.

REFERÊNCIAS

- BECK, A.R.M.; LOPES, M.H.B.M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. Bras Enferm.** v.60, n.6, p.670-675, 2007.
- CARDOSO, F. T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 25-52, jun. 2007.
- CARDOSO, F. T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 25-52, jun. 2007 .
- COELHO, M.E.M. Espiritualidade no processo de adoecimento e terminalidade / Maria Emidia de Melo Coelho. Belo Horizonte, 2011. 210f. Orientador: Amauri Carlos Ferreira Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. 2011.
- DI PRIMIO, A.O. et al . Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 334-342, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2018.
- DOMINGUES DO NASCIMENTO, C. A. Leite Meirelles Monteiro, Estela Maria, Barros Vinhaes, Adriana, Leite Cavalcanti, Laíse, Barbosa Ramos, Mirna, O Câncer infantil (Leucemia): significações de algumas vivências maternas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** V.10, Abr-Jun 2010:
- DUARTE, M.L.C.; ZANINI, L.N.; NEDEL, M.N.B. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Revista Gaúcha Enfermagem.** v. 33, n.3, p.111-18, 2012.
- FACINA, T. estimativa 2014- incidência de câncer no brasil. **Revista brasileira de cancerologia 2014.** v.60, N.1, pg. 63-4. 2014.
- FARIA, A.M.D.B.; CARDOSO, C.L. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estudos de Psicologia.** v. 27, n. 1, p. 13-20, 2010.
- FARIA, J.B.; SEIDL, E. M. F.. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 18, n. 3, p. 381-389, Dec. 2005 .
- FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M.I.; DELLAZZANA-ZANON, L.L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2018.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 2, p. 265-272, June 2010

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil**. -Rio de Janeiro: INCA, 2006.120p

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018 - incidência de câncer no Brasil**, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp> acesso em: 22 set 2018.

KARKOW, M.C. et al., Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.19, n.3, p. 741-746, 2015.

MATTOS, K. et al . Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 8, n. 1, p. 01-06, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2018.

MEDEIROS, E.G.M.S. et al., Repercussões do câncer infantil no cotidiano do familiar cuidador. **Rev. Rene**. v.15, n.2, p.233-9, 2014.

MEDICI, A.; BELTRÃO, K. **Demografia e Epidemiologia do Câncer no Brasil** São Paulo, maio 2015.

MEDICI, A.; BELTRÃO, K. Demografia e Epidemiologia do Câncer no Brasil. **Monitor de saúde**. v. 9, n. 66, 2015.

MESQUITA, A. C. et al . A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 539-545, Apr. 2013 .

MINEO, F. L. V. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V. 4, n. 02, p. 2238-2260, 2013.

MUNIZ, R.M.; DUTRA, M.G.. O cliente em tratamento quimioterápico: a família vivenciando o cuidado. **Fam Saúde Desenv**; v.5, n.2, p.125-132, 2003.

NASCIMENTO, C.A.D. et al. O câncer infantil (leucemia): significações de algumas vivências maternas. **Rev. Rede de Enf. Nordeste.**; v 10, n. 2, p.149-57, 2009.

OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar : família, filhos e desafios** / Nayara Hakime Dutra Oliveira. –Franca : UNESP, 2009. Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP

PERES, M.F.P. et al., A Importância da Integração da Espiritualidade e da Religiosidade no Manejo da Dor e dos Cuidados Paliativos. **Rev. Psiq Clín.** v. 34 , p. 82-7, 2007.

RODRIGUES, A.S.; JORGE, M.S.B.; MORAIS, A.P.P. Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. **Rev. Rene.** v 6, n.3, p. 87-94, 2005.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, p. 178-186, 2011.

SILVA, R.; SILVA, R.; RODRIGUES, I.; SOUZA NETO, V.; SILVA, B.; SOUZA, F. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e2985, 1 jan. 2018.

SOUZA, M.G. G. **Representações sociais do câncer para o familiar do paciente oncológico em tratamento quimioterápico** / Maria das Graças Gazel de Souza. - 2011. 129 f. Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

SOUZA, V.D.M. et al., Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. **Rev Bras Enfer.** v.68, n.5, p.791-6, 2015.

TELES A.T.T. câncer de pênis: sentimentos e percepções de pacientes diagnosticados para amputação. **Web ciência.** 2009, disponível em: <webciencia.com/câncer-de-pênis-diag-amputação. Acesso em: 12 mai 2018.