

Conforto prejudicado em crianças e adolescentes com câncer

Impaired comfort in children and adolescents with cancer

Conforto perjudicado en niños y adolescentes con cáncer

Tânia Alteniza Leandro¹, Viviane Martins da Silva¹, Marcos Venícios de Oliveira Lopes¹,
Nírla Gomes Guedes¹, Marília Mendes Nunes¹, Tamires Mesquita de Sousa¹, Marília Viana Araújo¹

¹ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Leandro TA, Silva VM, Lopes MVO, Guedes NG, Nunes MM, Sousa TM, et al. Impaired comfort in children and adolescents with cancer. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):934-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0050>

Submissão: 01-03-2017

Aprovação: 03-05-2017

RESUMO

Objetivo: Verificar a força da associação entre os indicadores clínicos de Conforto prejudicado e o setor de avaliação no hospital, a faixa etária e o sexo de pacientes com câncer. **Método:** Estudo transversal, realizado em um hospital pediátrico, com 192 crianças e adolescentes. Para a coleta, utilizou-se um instrumento desenvolvido para o estudo. **Resultados:** A maior parte da amostra era do sexo masculino, com idade mediana de 11 anos. Choro, Relato de falta de satisfação com a situação, Relato de sentir frio e Relato de sentir-se desconfortável foram os indicadores mais evidenciados entre os pacientes internados. Choro e Medo estiveram mais prevalentes nas crianças em comparação aos adolescentes, sendo que os meninos foram os que mais verbalizaram o Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação. **Conclusão:** O estudo possibilitou verificar a força de associação dos indicadores de Conforto prejudicado manifestados por crianças e adolescentes com câncer.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Câncer; Criança; Adolescente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To determine the strength of the association between the clinical indicators of Impaired Comfort and the evaluation sector in the hospital, age group and sex of patients with cancer. **Method:** Cross-sectional study, conducted in a children's hospital, with 192 children and adolescents. For the collection, we used an instrument developed for the study. **Results:** The majority of the sample was male, with mean age of 11 years. The indicators most evidenced among the hospitalized patients were Crying, Report of lack of satisfaction with the situation, Report of feeling cold, and Report of feeling uncomfortable. Crying and Fear were more prevalent in children compared with adolescents, and boys were the ones that verbalized the most the Report of lack of satisfaction with the situation. **Conclusion:** This study enabled determining the strength of the association of the indicators of Impaired Comfort expressed by children and adolescents with cancer.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Cancer; Child; Adolescent; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la fuerza de la asociación entre los indicadores clínicos de Conforto perjudicado y el sector de evaluación en el hospital, la franja de edad y el sexo de pacientes con cáncer. **Método:** Estudio transversal, realizado en un hospital pediátrico, con 192 niños y adolescentes. Para la recogida, se utilizó un instrumento desarrollado para el estudio. **Resultados:** La parte más grande de la muestra era del sexo masculino, con edad promedio 11 años. Llanto, Relato de falta de satisfacción con la situación, Relato de sentir frío y Relato de sentirse no comfortable fueron los indicadores más evidenciados entre los pacientes internados. Llanto y Miedo estuvieron más prevalentes en los niños en comparación a los adolescentes, siendo que los niños fueron los que más verbalizaron el Relato de falta de sentirse a gusto con la situación. **Conclusión:** El estudio permitió verificar la fuerza de la asociación de los indicadores de Conforto perjudicado manifestados por niños y adolescentes con cáncer.

Descritores: Diagnóstico de Enfermería; Cáncer; Niño; Adolescente; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Tânia Alteniza Leandro

E-mail: taniallt@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Se comparado ao câncer em adultos ou idosos, esta doença em crianças e adolescentes tem uma baixa ocorrência⁽¹⁾. No Brasil e em países desenvolvidos, o câncer é a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos⁽²⁾. Para o ano de 2017, foram estimados 12.600 casos no Brasil. Em 2013, ocorreram 2.835 óbitos na faixa etária entre 0 e 19 anos⁽²⁾. Dados do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, houve redução no número de óbitos de crianças e adolescentes por doenças infecciosas e parasitárias, doenças dos aparelhos circulatório e respiratório e afecções originadas no período neonatal. No entanto, ganham importância as mortes por neoplasias e causas externas⁽³⁾.

Os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil são: palidez, fadiga, fraqueza, dores, febre, equimoses anormais, linfadenopatias e infecções recorrentes⁽⁴⁾, os quais se assemelham às manifestações clínicas de outras doenças comuns da infância. Portanto, abordagens eficazes e acessíveis para a detecção precoce são importantes, visto que em torno de 80% das crianças e dos adolescentes acometidos por câncer podem ser curados se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados⁽⁵⁾. Assim, após a confirmação do diagnóstico de neoplasia maligna, é necessário iniciar o tratamento adequado em uma unidade de oncologia pediátrica com estrutura para dar suporte a esse tratamento.

Sabe-se que o tratamento de pacientes com câncer é bastante complexo e diversificado, de modo que cada terapêutica dependerá da etiologia da doença e da resposta do paciente. Acredita-se que o ambiente hospitalar, o período de internação, o tratamento, o tempo de espera para as consultas ambulatoriais, a fisiopatologia da doença e os procedimentos realizados em crianças e adolescentes com câncer podem ocasionar o aparecimento de indicadores clínicos que sugerem a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Conforto prejudicado.

O diagnóstico de enfermagem Conforto prejudicado foi inserido na lista de diagnósticos da NANDA Internacional em 2008. Está contido no domínio 12 (conforto) e na classe de conforto físico, conforto ambiental e conforto social. É definido como: "Falta percebida da sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social"⁽⁶⁾.

Vale ressaltar que o diagnóstico de enfermagem é constituído pelo agrupamento de indicadores clínicos, ou seja, de sinais e sintomas que ajudam a determinar a ausência ou a presença de um diagnóstico específico⁽⁶⁾. Para a inferência diagnóstica, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades que o auxiliem na tomada de decisão diante de manifestações clínicas expressas sob a forma de sinais e sintomas⁽⁷⁾. O diagnóstico de enfermagem representa as interpretações levantadas sobre os dados do paciente, sendo definido como julgamento clínico acerca das respostas de um indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais⁽⁶⁾.

OBJETIVO

Verificar a força da associação entre os indicadores clínicos de Conforto prejudicado e o setor de avaliação no hospital, a faixa etária e o sexo de crianças e adolescentes com câncer.

MÉTODO

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu às recomendações referentes a pesquisas desenvolvidas com seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição participante. Os responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes que compuseram a amostra asseguraram suas participações no estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os adolescentes participantes assinaram o Termo de Assentimento.

Desenho, local do estudo e período

Estudo transversal, realizado em um centro de referência especializado no tratamento do câncer infantojuvenil, do Nordeste brasileiro. A coleta de dados foi realizada em três cenários distintos do referido centro: hospital-dia, unidade de internação clínica e unidade de quimioterapia sequencial. O período de coleta ocorreu entre os meses de setembro de 2014 e fevereiro de 2015.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Realizou-se o cálculo amostral com base no número de indicadores clínicos do diagnóstico Conforto prejudicado. O estudo adotou uma estimativa de cinco crianças para cada indicador. Conforto prejudicado possui 17 indicadores clínicos, portanto, 5x17, totalizando uma amostra de, no mínimo, 85 participantes em cada grupo (hospital-dia e internação). Dessa forma, foram realizadas avaliações em dois grupos da população: no primeiro foi possível avaliar 106 crianças e adolescentes do hospital-dia e, no segundo, 86 crianças e adolescentes na unidade de internação. Portanto, participaram do estudo 192 crianças e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico. Os sujeitos foram captados por um processo de amostragem consecutiva.

Constituíram critérios de inclusão para a pesquisa: idade entre 6 e 18 anos; diagnóstico médico de câncer; estar em tratamento quimioterápico e encontrar-se clinicamente estável. Os critérios de exclusão foram: crianças e adolescentes que possuíssem comorbidades que pudessem influenciar na identificação do diagnóstico Conforto prejudicado e/ou em uso de antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos. No presente estudo, excluiu-se uma criança por estar em uso de antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos.

A faixa etária foi estabelecida com o intuito de avaliar o Conforto prejudicado em toda a amostra infantojuvenil (crianças e adolescentes). Como o referido diagnóstico contém indicadores subjetivos, o ponto de corte para incluir os pacientes no grupo criança foi determinado a partir dos seis anos (idade escolar), ou seja, aqueles considerados capazes de responder aos questionamentos. Para o grupo de adolescentes, consideraram-se os indivíduos na faixa etária de 12 a 18 anos, conforme definição do Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por três enfermeiras, por meio de um instrumento adaptado de um estudo anterior⁽⁹⁾. Antes de iniciar a fase de coleta dos dados, convidou-se a equipe de coleta para um treinamento, a fim de padronizar a forma de obtenção das informações e evitar vieses durante as avaliações.

A criança ou o adolescente e seu responsável foram entrevistados para obtenção de dados de identificação e sociodemográficos, como: nome, sexo, idade, data de nascimento, procedência, naturalidade, renda familiar, número de membros na família e dados escolares. Ainda durante a entrevista, foram obtidas informações acerca de dados clínicos da criança e do adolescente. De posse desses dados, foram coletadas informações subjetivas e objetivas referentes aos sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem Conforto prejudicado, apresentados pelas crianças e pelos adolescentes, a saber: *Ansiedade, Choro, Incapacidade para relaxar, Inquietação, Irritabilidade, Lamentação, Medo, Padrão de sono perturbado, Relato de falta de satisfação com a situação, Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação, Relato de fome, Relato de prurido, Relato de sentir calor, Relato de sentir frio, Relato de sentir-se desconfortável, Relato de sintomas de angústia e Suspiros.*

Após coleta de todas as informações citadas, realizou-se consulta ao prontuário de cada criança e adolescente para obtenção de informações relacionadas a: número do prontuário, iniciais do nome, data de nascimento, data de internamento, diagnóstico médico, período em que iniciou o tratamento quimioterápico, fase do tratamento quimioterápico e protocolo utilizado para realização das quimioterapias.

Vale ressaltar que os dados foram coletados com fonte primária. Quando o sujeito do estudo não apresentou condições de responder aos questionamentos com fidedignidade, esta entrevista foi realizada com o seu responsável.

Análise dos resultados e estatística

A análise estatística se desenvolveu com o apoio do programa estatístico IBM® SPSS® versão 21.0 for Windows® e do software R versão 2.12.1. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas, foram calculados intervalos de confiança de 95%. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson para a análise da associação entre as variáveis nominais e a presença do diagnóstico de enfermagem em questão. Para verificação de aderência à distribuição normal, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Dos 192 participantes da pesquisa, 55,2% foram avaliados no hospital-dia, 53,6% eram crianças e 53,1% do sexo masculino. Mais de 60% da amostra eram procedentes de cidades do interior do estado. Uma elevada porcentagem dos participantes, 63,5% das crianças e dos adolescentes, não frequentava a escola em decorrência da doença. Ressalta-se que 89,1% dos indivíduos não possuíam comorbidades. A maioria da amostra (70,8%) não possuía histórico familiar de câncer. Quanto à realização de cirurgia para correção da doença, 75% das crianças e dos adolescentes não precisaram realizar esse tipo de intervenção durante o tratamento.

Os pacientes avaliados tinham idade mediana de 11 anos. A renda mediana das famílias dos pais ou responsável era de R\$ 724,00 reais, com mediana de quatro pessoas na família.

O tempo de tratamento na unidade hospitalar das crianças e dos adolescentes apresentou mediana de cinco meses. O número de tratamentos quimioterápicos teve mediana de um tratamento. Sobre os dias de internamento, a mediana foi de quatro dias e o número de internações nos últimos 12 meses teve mediana de duas hospitalizações.

Leucemias (45,3%), Linfomas (16,1%), Tumores ósseos malignos (14,6%) e Sarcomas de partes moles (10,9%) foram os tipos de cânceres mais identificados nos pacientes. Ao especificar o diagnóstico médico, prevaleceram os seguintes subtipos: Leucemia Linfóide Aguda (33,9%) e Osteossarcoma (12%). Em relação à fase de tratamento quimioterápico, 20,8% da amostra estavam na de manutenção.

Realizaram-se testes de associação estatística para comparar as crianças e os adolescentes avaliados no hospital-dia com os da internação, em relação a sexo ($p = 0,928$), procedência ($p = 0,602$), naturalidade ($p = 0,631$), frequente escola ($p = 0,089$), comorbidades ($p = 0,095$), antecedentes familiares para câncer ($p = 0,506$), realização de procedimento cirúrgico ($p = 0,867$) e diagnóstico médico ($p = 0,078$). Observa-se que os testes aplicados indicam que essas variáveis não são estatisticamente significantes entre o grupo avaliado na internação e no hospital-dia ($p > 0,05$).

Os indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem *Choro* ($p = 0,013$), *Relato de falta de satisfação com a situação* ($p = 0,000$), *Relato de sentir frio* ($p = 0,000$) e *Relato de sentir-se desconfortável* ($p = 0,000$) apresentaram associação estatística significativa com o setor de avaliação. Esses foram mais evidenciados em crianças e adolescentes que estavam internados (Tabela 1).

Realizaram-se análises que comparavam o grupo crianças x adolescentes com as variáveis sexo ($p = 0,835$), procedência ($p = 0,036$), naturalidade ($p = 0,267$), frequente escola ($p = 0,101$), comorbidades ($p = 0,083$), antecedentes familiares para câncer ($p = 0,198$), realização de procedimento cirúrgico ($p = 0,802$) e diagnóstico médico ($p = 0,297$). A procedência dos participantes apresentou diferença estatística entre o grupo crianças x adolescentes ($p < 0,005$). Portanto, a proporção de crianças advindas de cidades do interior para realizar tratamento de câncer é maior do que a de adolescentes.

Ao realizar associação estatística entre os indicadores clínicos do diagnóstico com os grupos crianças versus adolescentes, *Choro* ($p = 0,000$) e *Medo* ($p = 0,000$) apresentaram associação estatística significativa com a variável faixa etária, significando que a presença de choro e medo foi mais prevalente e significativa para o grupo crianças (Tabela 2).

Foram realizadas análises de associação entre as variáveis procedência ($p = 0,123$), naturalidade ($p = 0,001$), frequente escola ($p = 0,955$), comorbidades ($p = 0,318$), antecedentes familiares para câncer ($p = 0,474$), realização de procedimento cirúrgico ($p = 0,867$) e diagnóstico médico ($p = 0,467$) comparando com os subgrupos masculino e feminino. De acordo com o exposto, o teste aplicado mostrou diferença estatisticamente significativa para a variável naturalidade quando comparadas as subamostras masculino e feminino ($p < 0,005$). Portanto, os dados apontam que, dos pacientes provenientes do interior, a maioria pertencia ao sexo masculino.

Tabela 1 – Associação entre os indicadores clínicos de Conforto prejudicado e o setor de avaliação na unidade de tratamento

Indicadores clínicos	Hospital-dia	Internação	Valor de p*
Ansiedade			
Ausente	88	69	0,915
Presente	16	12	
Choro			
Ausente	61	34	0,013
Presente	45	52	
Incapacidade de relaxar			
Ausente	88	67	0,372
Presente	18	19	
Inquietação			
Ausente	74	52	0,175
Presente	32	34	
Irritabilidade			
Ausente	49	37	0,657
Presente	57	49	
Lamentação			
Ausente	93	70	0,222
Presente	13	16	
Medo			
Ausente	55	39	0,367
Presente	51	47	
Padrão de sono perturbado			
Ausente	83	63	0,415
Presente	23	23	
Relato de falta de satisfação com a situação			
Ausente	61	23	0,000
Presente	45	63	
Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação			
Ausente	54	37	0,274
Presente	52	49	
Relato de prurido			
Ausente	89	65	0,147
Presente	17	21	
Relato de fome			
Ausente	86	60	0,067
Presente	20	26	
Relato de sentir calor			
Ausente	79	70	0,256
Presente	27	16	
Relato de sentir frio			
Ausente	80	30	0,000
Presente	26	56	
Relato de sentir-se desconfortável			
Ausente	27	05	0,000
Presente	79	81	
Relato de sintomas de angústia			
Ausente	94	79	0,463
Presente	12	07	

Nota: * Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Associação entre os indicadores clínicos do diagnóstico Conforto prejudicado e a variável faixa etária

Indicadores clínicos	Criança n	Adolescente n	Valor de p*
Ansiedade			
Ausente	83	74	0,780
Presente	14	14	
Choro			
Ausente	35	60	0,000
Presente	68	29	
Incapacidade de relaxar			
Ausente	88	67	0,075
Presente	15	22	
Inquietação			
Ausente	65	61	0,429
Presente	38	28	
Irritabilidade			
Ausente	45	41	0,471
Presente	58	48	
Lamentação			
Ausente	83	80	0,073
Presente	20	09	
Medo			
Ausente	38	56	0,000
Presente	65	33	
Padrão de sono perturbado			
Ausente	77	69	0,654
Presente	26	20	
Relato de falta de satisfação com a situação			
Ausente	39	45	0,077
Presente	64	44	
Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação			
Ausente	43	48	0,092
Presente	60	41	
Relato de prurido			
Ausente	82	72	0,823
Presente	21	17	
Relato de fome			
Ausente	81	65	0,364
Presente	22	24	
Relato de sentir calor			
Ausente	81	68	0,711
Presente	22	21	
Relato de sentir frio			
Ausente	57	53	0,556
Presente	46	36	
Relato de sentir-se desconfortável			
Ausente	19	13	0,477
Presente	84	76	
Relato de sintomas de angústia			
Ausente	90	83	0,174
Presente	14	06	

Nota: * Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 3 – Associação entre os indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Conforto prejudicado e a variável sexo

Indicadores clínicos	Masculino n	Feminino n	Valor de p*
Ansiedade			
Ausente	85	72	0,686
Presente	14	14	
Choro			
Ausente	57	38	0,059
Presente	45	52	
Incapacidade de relaxar			
Ausente	83	72	0,810
Presente	19	18	
Inquietação			
Ausente	66	60	0,775
Presente	36	30	
Irritabilidade			
Ausente	46	40	0,928
Presente	56	50	
Lamentação			
Ausente	87	76	0,870
Presente	15	14	
Medo			
Ausente	51	43	0,759
Presente	51	47	
Padrão de sono perturbado			
Ausente	73	73	0,122
Presente	29	17	
Relato de falta de satisfação com a situação			
Ausente	44	40	0,855
Presente	58	50	
Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação			
Ausente	41	50	0,033
Presente	61	40	
Relato de prurido			
Ausente	83	71	0,666
Presente	19	19	
Relato de fome			
Ausente	76	70	0,597
Presente	26	20	
Relato de sentir calor			
Ausente	84	65	0,093
Presente	18	25	
Relato de sentir frio			
Ausente	59	51	0,869
Presente	43	39	
Relato de sentir-se desconfortável			
Ausente	16	16	0,698
Presente	86	74	
Relato de sintomas de angústia			
Ausente	91	81	0,964
Presente	10	09	

Nota: *Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Ao avaliar os sexos masculino e feminino, o indicador *Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação* apresentou associação estatística com os pacientes do sexo masculino (p = 0,033). Dessa forma, os meninos verbalizaram mais o *Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação* (Tabela 3).

DISCUSSÃO

As taxas de cânceres infantojuvenis são geralmente maiores em crianças do sexo masculino, semelhante ao que foi observado no presente estudo, no qual 53,1% dos participantes eram homens. Pesquisas anteriores corroboram os dados identificados. Em estudo epidemiológico realizado com adolescentes com câncer, 56,8% dos participantes eram do sexo masculino⁽¹⁰⁾. Em relação à população de crianças, o sexo masculino também é mais afetado pela doença, sendo reportado, em um estudo, percentual de 63,8% dos casos⁽¹¹⁾.

Participaram da pesquisa crianças e adolescentes com mediana de idade de 11 anos e 53,6% deles pertencentes ao subgrupo crianças, isto é, pacientes com idade a partir dos seis anos. A maioria das avaliações foi realizada no hospital-dia (55,2%). Em pesquisa realizada em setor de pediatria de pacientes oncológicos, evidenciaram-se dados semelhantes aos do presente estudo. Na pesquisa citada, os participantes possuíam mediana de idade de 12 anos⁽¹²⁾.

Os sujeitos tinham renda familiar mediana de R\$ 724,00 reais e média de quatro pessoas por família. Esse valor refere-se ao salário mínimo vigente na época da coleta de dados do estudo (2014-2015). Corroborando os dados deste estudo, outros autores encontraram famílias de indivíduos com câncer cuja renda mensal era de um salário mínimo e identificaram dificuldades como: abandono do trabalho e disponibilidade de tempo para o tratamento⁽¹³⁻¹⁵⁾. Ainda, em outra pesquisa, foram encontradas famílias compostas por, em média, 3,8 pessoas por domicílio⁽¹⁶⁾. Muitos pais ou responsáveis relataram que o longo período de tratamento da doença, as constantes internações e a distância da residência ao centro de tratamento foram fatores que interferiram na manutenção do trabalho, e, por isso, necessitaram abandoná-lo para acompanhamento de seu(sua) filho(a) durante o tratamento. Assim, muitas vezes, o auxílio doença foi a única fonte de renda para a família.

Os participantes desta pesquisa, em sua maioria, eram provenientes do interior do estado. Vale ressaltar que a instituição *locus* do estudo é referência no Nordeste do Brasil no tratamento do câncer infantojuvenil. Dessa forma, pacientes das cidades do interior ou até mesmo de outros estados deslocam-se para realizar tratamento na referida instituição, o que pode justificar a elevada prevalência de pessoas do interior do estado em tratamento na unidade. Estudos em outros estados com a mesma clientela configuram situação similar: crianças e adolescentes provenientes de cidades do interior⁽¹⁵⁾.

O abandono das atividades escolares durante o tratamento é uma situação bastante comum. Muitas crianças e adolescentes relataram que não frequentavam a escola em decorrência do câncer, de efeitos do tratamento, hospitalizações, consultas frequentes, entre outros. As pesquisas confirmam tais achados, uma vez que, na maioria das vezes, durante o tratamento oncológico,

efetivam o abandono escolar devido às frequentes hospitalizações e toxicidades dos quimioterápicos^(14-15,17). Apreendeu-se, na fala dos participantes, tristeza pela necessidade de abandono das atividades escolares e do convívio com os colegas de escola.

Geralmente, o tratamento do câncer está relacionado com a quimioterapia, cirurgia e/ou radioterapia. No câncer infantil, a quimioterapia é um importante componente terapêutico, uma vez que a maioria das doenças é sensível aos quimioterápicos, o que justifica a baixa ocorrência de procedimentos cirúrgicos para tratamento da doença na população infantojuvenil. No presente estudo, 75% dos participantes não haviam realizado esse procedimento.

O tempo de tratamento na unidade hospitalar das crianças e dos adolescentes variou de zero a 57 meses, com mediana de cinco meses. Em relação ao número de tratamentos quimioterápicos, os participantes apresentaram mediana de, pelo menos, um tratamento realizado. A mediana para as variáveis dias de internamento e número de internamentos nos últimos 12 meses foi de, pelo menos, quatro dias e dois internamentos, respectivamente. Estudo realizado com crianças sob cuidados paliativos evidenciou média de 2,5 internações⁽¹⁸⁾. Outra pesquisa, realizada com crianças com câncer no ambulatório, revelou que, para 33,3% dos participantes, o período de tratamento não ultrapassou seis meses e 76,6% já tinham sido hospitalizados duas ou mais vezes⁽¹⁹⁾. O tratamento do câncer é longo e delicado, o que requer mais de uma internação e consultas rotineiras.

Leucemia Linfóide Aguda é o tipo mais comum de Leucemia na infância⁽³⁾. Tal afirmação corrobora os resultados do presente estudo, no qual a maior parte da população tinha leucemia e a mais prevalente foi a Leucemia Linfóide Aguda (45,3% e 33,9%, respectivamente). Entre os Linfomas, o mais comum na infância é o Linfoma não Hodgkin⁽²⁰⁾. Na presente pesquisa, esse foi o tipo de Linfoma mais comumente identificado nas crianças e nos adolescentes (7,8%). Os tumores ósseos malignos mais comuns na infância, o tumor de Ewing e o Osteossarcoma, representam 5% dos cânceres em crianças⁽²¹⁾. No presente estudo, foram o terceiro tipo de tumor mais prevalente na população, com 14,6% dos casos. Em relação ao subtipo, predominou o Osteossarcoma.

Em relação à fase de tratamento quimioterápico, 20,8% da população estavam na de manutenção. O tratamento é dividido em fases, sendo a de manutenção a mais extensa⁽²²⁾. Portanto, a alta incidência de crianças e adolescentes nesta fase no presente estudo deve-se ao fato de corresponder ao período mais prolongado do tratamento.

Ao analisar a associação dos indicadores, *Choro*, *Relato de falta de satisfação com a situação*, *Relato de sentir frio* e *Relato de sentir-se desconfortável* foram mais evidenciados em crianças/adolescentes internados. Já os indicadores *Choro* e *Medo* estiveram mais prevalentes quando avaliados na subamostra crianças.

Choro é uma reação comum nas crianças e na população internada, principalmente diante de um tratamento agressivo e doloroso como o do câncer. Muitas vezes, a própria notícia da hospitalização causa choro na criança e no adolescente, por se tratar de um evento associado a fatores negativos de

saúde. Já no grupo específico crianças, muitas vezes, o choro está relacionado ao *Medo*. Em estudo realizado com um grupo de crianças durante o período de hospitalização, a reação emocional *Medo* foi a mais identificada (37,8%). O ambiente hospitalar está relacionado a algumas situações que causam reação natural de *Medo* diante da possibilidade de procedimentos invasivos⁽²³⁾.

Ao avaliar as diferenças entre os indicadores apresentados, percebeu-se que *Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação* mostrou-se mais prevalente entre meninos. Já para as meninas destacou-se o indicador *Choro*. Sabe-se que a maioria dos cânceres infantojuvenis é mais frequente na população masculina⁽³⁾ e, portanto, esse grupo fica mais susceptível aos efeitos nocivos e traumáticos do tratamento quimioterápico, bem como aos efeitos da própria doença, podendo justificar o indicador *Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação* como o mais prevalente na população masculina. Além disso, esse indicador mostrou associação estatística significativa para os participantes do sexo masculino.

Já o indicador *Choro* foi mais evidenciado entre as meninas, pelo fato de, com frequência, não ser exteriorizado pelos meninos devido à formação ainda machista, incorporada desde a infância, de ausência de choro para a população do sexo masculino. Conforme mencionado, a principal reação da criança diante de *Medo* é o *Choro*. Portanto, o tratamento da doença e o próprio ambiente hospitalar causam a sensação de *Medo* na criança e, conseqüentemente, a reação do *Choro*. Estudo realizado anteriormente, avaliando crianças com câncer em tratamento quimioterápico, identificou que as meninas são mais propensas a apresentar estresse psicológico, pois, geralmente, a população feminina é mais sensível aos acontecimentos de sua vida⁽²⁴⁾. Esse evento pode, também, justificar a presença do *Choro* nessa subamostra durante a vivência do câncer.

Relato de sentir frio e *Relato de sentir-se desconfortável* também foram indicadores significativos para o grupo de participantes internados. Martins⁽²⁵⁾ identificou achados similares, ao evidenciar a relação de procedimentos hospitalares e a presença de desconforto térmico. Além disso, a hospitalização pode gerar ansiedade nos pacientes e, conseqüentemente, reações fisiológicas responsáveis por alterações na pressão sanguínea e na temperatura⁽²³⁾. Acresce-se que o elevado número de relatos de desconforto nos pacientes hospitalizados pode ser justificado pela exposição aos diversos procedimentos da rotina hospitalar⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Limitações do estudo

A escassez de estudos realizados com o diagnóstico de enfermagem Conforto prejudicado limitou a comparação dos resultados sobre os indicadores clínicos apresentados por esta população específica. Ressalta-se que não foram encontradas pesquisas publicadas que abordassem o referido diagnóstico em crianças e adolescentes com câncer. Além disso, o método utilizado não possibilitou descrever relações temporais entre as variáveis, ou seja, não permitiu verificar a influência dos indicadores na progressão do diagnóstico, de modo que podem existir outros aspectos importantes para o conforto dessa população que, talvez, não tenham sido identificados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou políticas públicas

Os profissionais de enfermagem estão diretamente relacionados à promoção de conforto aos seus pacientes. Dessa forma, identificar os indicadores clínicos de Conforto prejudicado associados a crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico torna-se relevante para a prática do enfermeiro na oncologia pediátrica, pois esse conhecimento irá subsidiar intervenções direcionadas aos fatores etiológicos do diagnóstico durante o tratamento do câncer e possibilitará promover uma assistência de qualidade e direcionada a essa população. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, para aprofundar o conhecimento da presença desse diagnóstico na população infantil.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa possibilitaram verificar a força de associação dos dados sociodemográficos e clínicos com os indicadores clínicos de Conforto prejudicado em crianças e adolescentes com câncer. Dessa forma, o indicador *Relato de falta de sentir-se à vontade com a situação* apresentou associação estatística com os pacientes do sexo masculino. *Choro e Medo* apresentaram associação estatística significativa com o grupo crianças. Por fim, quatro indicadores tiveram relação estatística significativa com o setor de avaliação (internação): *Choro*, *Relato de falta de satisfação com a situação*, *Relato de sentir frio* e *Relato de sentir-se desconfortável*.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer infantil [Internet]. Rio de Janeiro, INCA; 2016[cited 2017 Apr 6]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
4. Figueiredo NM, Leite JL, Machado WCA, Moreira MC, Tonini T. Enfermagem oncológica: conceitos e práticas. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2013.
5. Ceará. Governo do Estado de Ceará. Diagnóstico precoce aumenta chances de cura do câncer infantil [Internet]. 2014[cited 2017 Apr 6]. Available from: <http://www.hias.ce.gov.br/index.php/noticias/57130-cancerinfantil>
6. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
7. Silva ERR. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Brasil. República Federativa do Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 13 ed. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
9. Leandro TA. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: conforto prejudicado em crianças com câncer. [Monografia]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2012. 57 f
10. Presti PF, Macedo CRD, Caran R, Petrilli AS. Epidemiological study of cancer in adolescents at a referral center. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 8];30(2):210-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/en_09.pdf
11. Elman I, Soares NS, Silva MEMP. Análise da sensibilidade do gosto Umami em crianças com câncer. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 17];56(2):237-42. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/09_artigo_analise_sensibilidade_gosto_umami.pdf
12. Benites EC, Cabrini DP, Silva AC, Silva JC, Catalan DT, Berezin EN, et al. Acute respiratory viral infections in pediatric cancer patients undergoing chemotherapy. J Pediatr [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 15];90(4):370-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n4/0021-7557-jped-90-04-00370.pdf>
13. Sanchez KOL, Ferreira NMLA. Social support for the families of patients with cancer living in poverty. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 21];21(4):792-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_09.pdf
14. Sime MM, Shishido NS, Santos WA. Caracterização do perfil da clientela do setor de terapia ocupacional na oncologia pediátrica. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 15];57(2):167-75. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/04_artigo_caracterizacao_perfil_clientela_setor_terapia_ocupacional_oncologia_pediatria.pdf
15. Viaro VD, Silva KV. Qualidade de vida dos adolescentes curados de câncer: uma abordagem qualitativa e interdisciplinar. Adolesc Saude [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 1];9(1):39-45. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=305
16. Oliveira LN, Breigeiro NB, Márcia K, Hallmanna S, Witkowski MC. Vulnerabilities of children admitted to a pediatric inpatient care unit. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 6];32(4):367-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n4/0103-0582-rpp-32-04-00367.pdf>
17. Gomes IP, Lima KA, Rodrigues LV, Lima RAG, Collet N. From diagnosis to survival of pediatric cancer: children's perspective. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 13];22(3):671-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a13.pdf

18. Garcia NR, Pacciulio AM, Panúncio-Pinto MP, Pfeifer LI. Intervenção terapêutica ocupacional junto a adolescentes com câncer em contexto hospitalar. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 8];57(4):519-24. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/08_artigo_intervencao_terapeutica_ocupacional_junto_adolescentes_com_cancer_em_contexto_hospitalar.pdf
 19. Artilheiro APS, Almeida FA, Chacon JMF. Use of therapeutic play in preparing preschool children for outpatient chemotherapy. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2015 Jan 20];24(5):611-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_03v24n5.pdf
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer infantil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017[cited 2017 Apr 6]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_ao_hodgkin
 21. Malagutti W. *Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari, 2011. 384p.
 22. Macêdo TM, Campos TF, Mendes REF, França DC, Chaves GSS, Mendonça KMPP. Pulmonary function of children with acute leukemia in maintenance phase of chemotherapy. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 13];32(4):320-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n4/0103-0582-rpp-32-04-00320.pdf>
 23. Oliveira GF, Dantas FDC, Fonseca PN. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Rev SBPH* [Internet]. 2004 [cited 2015 Jan 7];7(2):37-54. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582004000200005&script=sci_abstract
 24. Marques APFS. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicol Hosp* [Internet]. 2004 [cited 2015 Jan 30];2(2). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200006
 25. Martins ACF. *Adaptação da escala do conforto térmico para a população portuguesa*. [Dissertação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto; 2015. 85 f
 26. Fonseca AS, (Org.). *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Martinari; 2013.
 27. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care* [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 6];104:326-36. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493506067884>
-