

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM  
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**CÂNCER: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O CUIDADO DE  
ENFERMAGEM À CRIANÇA E FAMÍLIA EM REGIME  
AMBULATORIAL**

Acadêmicas: Aline Fernandes da Rosa

Carolina d'Ávila

Juliana Mendes Nascimento

Silvia Tiek Kitahara

Florianópolis, fevereiro de 2007.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**CÂNCER: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O CUIDADO À**  
**CRIANÇA E FAMÍLIA EM REGIME AMBULATORIAL**

Relatório da Prática Assistencial apresentado  
à disciplina de Enfermagem Assistencial  
Aplicada da VIII unidade curricular do curso  
de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza

Supervisoras: Enf<sup>a</sup>. Lori Inez Costa

Enf<sup>a</sup> Ana Cristina Maciel

3º Membro da Banca: Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vera Radünz

Florianópolis, fevereiro de 2007.

ALINE FERNANDES DA ROSA  
CAROLINA D'ÁVILA  
JULIANA MENDES NASCIMENTO  
SILVIA TIEKO KITAHARA

**CÂNCER: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM À  
CRIANÇA E FAMÍLIA EM REGIME AMBULATORIAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado e aprovado para a obtenção do Título de Enfermeira pelo Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

Florianópolis, fevereiro de 2007.

Banca Examinadora



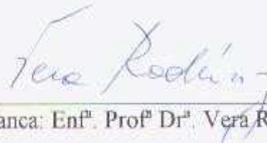
Orientadora: En<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza



Supervisora: En<sup>ª</sup>. Lorí Inez Costa

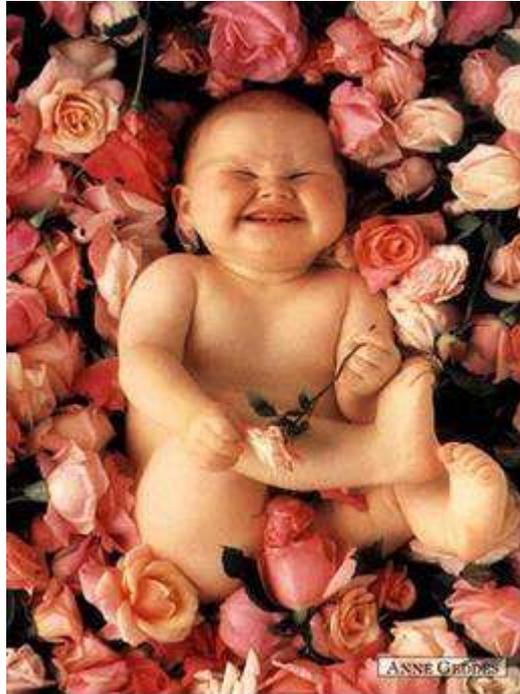


Supervisora: En<sup>ª</sup>. Ana Cristina Maciel



3<sup>º</sup> Membro da Banca: En<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Radúnz

# **VALE A PENA**



**Vale a pena a tentativa e não o receio  
Vale a pena confiar e nunca ter medo  
Vale a pena encarar e não fugir da realidade  
Ainda que eu fracasse, vale a pena lutar  
Vale a pena discordar do melhor amigo e não apoiá-lo em suas atitudes erradas  
Vale a pena corrigí-lo  
Vale a pena encarar-me no espelho e ver se estou certo ou errado  
Vale a pena procurar ser o melhor e aí...  
Vale a pena ser o que for**

**Enfim**  
**Vale a pena viver a vida, já que a vida não é tudo que ela pode nos dar  
Mas sim tudo o que podemos dar por ela.**

**Autor desconhecido**

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente a Deus, que se fez presente nos momentos mais difíceis, nos guiando com sua fonte de luz.*

*Aos nossos pais e irmãos e demais familiares que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando-nos a força, amor e uma imensa dose de paciência.*

*Aos amores pelas palavras de carinho e por terem agüentado pacientemente nossas ausências.*

*Às crianças e familiares/acompanhantes que gentilmente contribuíram através da disponibilidade e que acima de tudo, confiaram em nossos conhecimentos.*

*À orientadora Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza por não medir esforços para conseguir material bibliográfico para a criação e desenvolvimento deste trabalho, além do carinho e total atenção.*

*Às supervisoras Enf<sup>a</sup>. Lori Inez Costa e a Enf<sup>a</sup> Ana Cristina Maciel, que nos abriram as portas da unidade e nos guiaram durante o estágio, contribuindo para o andamento desta caminhada.*

*À Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vera Radiünz, que se faz presente como 3º Membro da Banca, que com sua criatividade e simpatia, nos proporcionou idéias que tornasse o trabalho exeqüível.*

*À equipe do Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão pela participação e pelos muitos momentos felizes.*

*À Universidade Federal de Santa Catarina por proporcionar o conhecimento científico, sendo este aplicado durante o estágio.*

*Aos nossos amigos e colegas que adquirimos durante nossas vidas acadêmicas.*

*À todos aqueles que acreditaram e ajudaram para que este sonho se concretizasse.*

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso é referente ao relatório da prática assistencial desenvolvida na disciplina Prática Assistencial Aplicada da VIII Unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e que teve como objetivo contribuir com o cuidado à criança com diagnóstico de câncer e seu familiar/acompanhante e com a construção de uma metodologia para a consulta de enfermagem baseada na teoria de adaptação de Roy. Este estudo foi realizado no Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 06 de outubro a 08 de dezembro de 2006, junto a crianças com diagnóstico de câncer nas diversas etapas do tratamento, bem como com seus familiares/acompanhantes. Foram realizadas atividades de cuidado direto à criança e seu familiar; oficinas lúdicas – educativas abordando temas escolhidos pela clientela e pela equipe de enfermagem, bem como a implantação das consultas de enfermagem, dentre outras atividades. As consultas de enfermagem foram realizadas com 22 crianças e seus familiares/acompanhantes a partir da criação e aplicação de instrumentos baseados na teoria de Roy. A realização destas atividades nos permitiu identificar como acontece o processo adaptativo sofrido pelas crianças e seus familiares frente à doença, e conseqüentemente, bem como as dificuldades e facilidades envolvidas neste processo; as principais mudanças no viver das famílias, em especial as mudanças físicas e emocionais na criança. As atividades nos oportunizaram realizar orientações e implementar estratégias tais como a criação de espaços para a verbalização de sentimentos como os da consulta de enfermagem e os encontros diários durante o cuidado; a criação de momentos de descontração como nas oficinas dentre outras. Constatamos que a criação destes espaços contribuiu com a construção de caminhos mais saudáveis mesmo na situação de adoecimento. Além disso, a prática assistencial nos proporcionou o aperfeiçoamento de alguns procedimentos técnicos, incluindo os específicos do Enfermeiro, e a aquisição de um novo olhar menos julgador sobre a área Oncohematológica Pediátrica, reforçando a necessidade de um cuidado sensível, competente tecnicamente e cada vez mais humanizado.

**Palavras-chave:** câncer; consulta de enfermagem; criança; enfermagem.

## ABSTRACT

This course conclusion work is related to the assistencial practice report developed in the Applied Assistencial Practice, subject of the VIII Curricular Unity - Nursing Undergraduate Program, at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. The objective was to contribute to the care of children with cancer diagnosis and their families/companions, and also, with the construction of a methodology to the nurse's check, based on Roy's Adaptation Theory. The study was realized at the Pediatric Oncology Hospital, from October the sixteenth until December the eighteenth in 2006, with children who had cancer diagnosis, and were in different treatment stages, and their families/companions. Care activities directed to the children and their families were realized; educational workshops about subjects chosen by the clientele and by the nursing team, as well as nurse's check implantation and other activities, were also performed. The nurse's checks were realized with 22 children and their families/companions, starting with the instruments creation and further application, based on Roy's Adaptation Theory. The realization of these activities allowed us to identify how the adaptation process suffered by the children and their families/companions facing the disease happens, and consequently, the difficulties and facilities involved in this process. Also, it made it possible to identify the main changes in the families' daily life, and the physical and emotional changes occurring with the children. The activities gave us the opportunity to realize orientations and implement strategies, like the creation of space to verbalize feelings, during the nurse's check and during the everyday nursing care. It was also possible to create spaces for entertainment moments during the workshops. We found out that the creation of these spaces contributed with the construction of healthier ways, even in a getting sick process. Besides, the assistencial practice provide us some techniques improvement, including those specifics to the nurse, and the acquisition of a new look on the Pediatric Oncohematology Area. Also, the sensitive care necessity became stronger, with less judgment, technically capable and more humanized.

**Keywords:** cancer; nurse's check; child; care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
2.1. Objetivo geral .....	12
2.2. Objetivos específicos .....	12
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
3.1. A Teórica .....	13
3.2. A Teoria .....	13
3.3. Pressupostos básicos da teoria de Calista Roy .....	14
3.4. Conceitos Inter-relacionados .....	15
3.5. Processo de Enfermagem .....	19
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
4.1. O Câncer .....	21
4.2 A Criança com diagnóstico de câncer e sua família .....	34
4.3. A Enfermagem frente à criança com diagnóstico de câncer e sua família .....	37
4.4 A Dor no Câncer .....	39
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>41</b>
5.1. Descrição do Campo de Estágio .....	41
5.2. Público-Alvo .....	43
5.3. Plano de Ação .....	43
5.4 Considerações Éticas .....	44
<b>6. RELATANDO A PRÁTICA .....</b>	<b>45</b>
6.1 Objetivo 1 .....	45
6.2 Objetivo 2 .....	53
6.3 Objetivo 3 .....	58
6.4 Objetivo 4 .....	86
6.5 Objetivo 5: .....	88
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>9. APÊNDICES .....</b>	<b>99</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>143</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Para Brunner/Suddarth (1994, p.292), o “câncer é um processo mórbido que se inicia quando as células anormais surgem de células normais do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração mal compreendido”. Os cânceres afetam todas as faixas etárias, entre elas as crianças, as quais necessitam de cuidados especiais. De acordo com INCA (Instituto Nacional do Câncer), “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” (BRASIL, 2006). Geralmente o câncer na criança afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, enquanto que no do adulto, afeta as células do epitélio, que recobre os diferentes órgãos. O tratamento do câncer é de extrema importância, mas deve-se também dar atenção aos aspectos sociais da doença, visando não somente a cura baseada na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Tendo em vista tal condição, faz-se necessário que a Enfermagem esteja instrumentalizada e seja capaz de suprir as necessidades desta clientela, bem como de sua família.

Após a experiência em acompanhar crianças, durante uma manhã na Unidade de Internação Oncohematológica, por ocasião do estágio de Pediatria na quinta unidade curricular do curso de Graduação de Enfermagem, percebemos o quanto é difícil e complexo para os profissionais da saúde o cuidado a esta clientela. Isto nos sensibilizou, surgindo desta forma, o interesse em aprofundarmos os conhecimentos e atuarmos nesta área.

A partir de uma conversa com a enfermeira, da Unidade de Internação Oncohematológica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em busca de sugestões para o local de realização do projeto e de idéias para a composição do mesmo, emergiu a necessidade do serviço em implantar a consulta de enfermagem no ambulatório de Oncologia em função da inexistência desta atividade atualmente. Esta sugestão foi validada pela enfermeira do ambulatório com a qual entramos em contato na referida oportunidade. Então, o nosso grupo passou a considerar a possibilidade de aceitarmos a proposta e contribuirmos com a implementação desta atividade.

Através destas reflexões, optamos por desenvolver o projeto de prática assistencial com crianças com diagnóstico de câncer em tratamento ambulatorial e suas famílias. Para nortear nosso trabalho escolhemos o referencial teórico de Sister Callista Roy por esta adequar-se aos nossos objetivos, já que iríamos acompanhar crianças em processo de

adaptação frente às mudanças no seu desenvolvimento físico e psicológico, considerando tais aspectos durante as atividades de cuidado e na elaboração de um instrumento para implementação da consulta de enfermagem a esta clientela e sua família.

Portanto, o projeto foi desenvolvido no Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), como cumprimento da VIII Unidade curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, durante o período de 06 de outubro a 11 de dezembro de 2006, com carga horária de 220 horas, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Izabel Jatobá de Souza e como supervisoras a Enf<sup>a</sup> Lori Inez Costa e a Enf<sup>a</sup> Ana Cristina Maciel.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Contribuir com o cuidado à criança com diagnóstico de câncer e seu familiar/acompanhante em regime ambulatorial e com a construção de uma metodologia de consulta de enfermagem baseada na teoria de adaptação de Roy.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Construir caminhos para uma adaptação saudável da criança e do familiar/acompanhante frente ao processo de adoecimento;
2. Identificar e refletir sobre a metodologia de cuidado de enfermagem do ambulatório oncológico pediátrico;
3. Elaborar, aplicar e avaliar um instrumento de consulta de enfermagem à criança com diagnóstico de câncer e familiar/acompanhante baseado na teoria de adaptação de Roy;
4. Participar das atividades técnico-administrativas do ambulatório;
5. Ampliar conhecimentos teórico-práticos na área de Enfermagem Oncológica Pediátrica.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. A Teórica**

Esta breve biografia da teórica foi baseada em Leopardi (1999). Callista Roy nasceu no dia 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Em 1963, recebeu o título de Bacharel em Artes na Enfermagem, pela Mount Saint Mary's College, Los Angeles. Em 1966, recebeu seu Mestrado de Ciências na Enfermagem pela Universidade da Califórnia, Los Angeles, pela qual também obteve o Doutorado em Sociologia, em 1977.

Durante o mestrado, foi desafiada a desenvolver um modelo conceitual para a Enfermagem. Sendo assim, através de sua experiência como enfermeira pediátrica, observou a capacidade das crianças para se adaptarem às mudanças em seu desenvolvimento, admitindo, então, que o conceito de adaptação poderia ser um eixo orientador da prática da Enfermagem.

Roy é autora e co-autora de inúmeros trabalhos que focalizam sua teoria da Adaptação. É membro da Academia Americana de Enfermagem e participa de inúmeras organizações de Enfermagem, incluindo o Sigma Theta Tau e a North American Nurse Diagnosis Association (NANDA).

#### **3.2. A Teoria**

As teorias consistem em relacionar conceitos sobre um determinado acontecimento, ou fenômeno. As teorias devem ser de natureza lógica e devem ser relativamente simples e ainda generalizáveis, contribuindo para o aumento do corpo de conhecimentos gerais dentro da disciplina através da pesquisa implementada para validá-las. Para os profissionais de enfermagem, as teorias servem como um suporte e apoio, visando à orientação e a melhora da atuação durante a prática assistencial. Portanto, a prática, para o profissional de enfermagem, é o ponto de maior enfoque (GALBREATH, 2000).

Neste contexto a teoria de Roy é construída dentro do modelo adaptativo, no qual há conceitos bases que estão pressupostamente inter-relacionados, tais como os conceitos de Enfermagem, saúde/doença, ambiente e pessoa.

A **adaptação** é uma resposta positiva a uma experiência que ao ser enfrentada é facilitada pelo uso de mecanismos de enfrentamento reguladores e cognatos. (GALBREATH, 2000). A resposta que é emitida frente à adaptação varia de acordo com o grau de tolerância que o indivíduo responde aos estímulos, sendo estes, descritos como focais, contextuais ou residuais. O modelo de Roy beneficia os enfermeiros quando associados à capacidade de observação e análise das situações vivenciadas. A enfermeira passa a adquirir uma visão holística, adquirindo um olhar mais humanístico do indivíduo. Na prática, os conceitos de Roy podem ser aplicados, seguindo uma metodologia assistencial, exigindo do profissional empenho, vontade e disponibilidade.

O modelo adaptativo de Roy consiste na formulação do processo de enfermagem, onde o profissional poderá guiar-se durante a observação, para a identificação de reações emocionais, interpretação comportamental, elaboração do plano assistencial e intervenções de enfermagem, execução e a evolução do quadro assistido. A aplicação do modelo exige tempo e esforço. Contudo o benefício para o cliente justifica o esforço e a alocação de recursos (GALBREATH, 2000).

Para Galbreath, (2000), no desenvolvimento do processo de enfermagem a partir do modelo de Roy há seis passos:

- Avaliação de primeiro nível;
- Avaliação de segundo nível;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Estabelecimento de metas;
- Intervenção.
- Evolução

### **3.3. Pressupostos básicos da teoria de Calista Roy**

De acordo com Leopardi (1999, p. 110),

A teoria de Roy contém pressupostos teóricos que abordam a dignidade dos seres humanos e o papel do enfermeiro na promoção da integridade na vida e na morte. Ela apresenta o cliente como participante na formulação das ações de Enfermagem, porém isto aparece mais filosoficamente do que operacionalizado na prática. Seus pressupostos concordam com as formulações sobre adaptação, em que o enfermeiro

e o cliente devem esclarecer o que perturba esta adaptação para escolher as ações que possibilitem.

Os pressupostos segundo a teoria de Roy são:

- A pessoa é um ser biopsicossocial.
- A pessoa está em constante interação com o meio em mudança.
- Saúde e doença são condições inevitáveis na vida da pessoa.
- Para enfrentar a mudança do meio ambiente, a pessoa usa tanto mecanismos inatos quanto adquiridos, quais são os biológicos, psicológicos e sociais em sua origem.
- Para responder positivamente às mudanças do meio, a pessoa precisa se adaptar.
- A adaptação é uma função do estímulo ao qual está exposta e do seu nível de adaptação.
- O nível de adaptação da pessoa é tal que compreende uma zona que indica a série de estímulos que levará a uma resposta positiva.
- A pessoa tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto conceito, papel funcional, interdependência.
- A enfermagem aceita a abordagem humanística de valorizar as opiniões e pontos de vista de pessoas.
- As relações interpessoais são partes integrantes da enfermagem.
- Há um objetivo para a existência humana, com o objetivo único de dignidade e integridade (LEOPARDI, 1999, p.110 e 111).

### 3.4. Conceitos Inter-relacionados

Neste trabalho serão apresentados às definições dos conceitos de *saúde, ambiente, pessoa, Enfermagem*, presentes na Teoria de Roy e outros que sentimos necessidade de incluir para demarcar nosso entendimento sobre aspectos presentes em nossa prática.

#### Saúde

Roy define saúde como “um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada”. A integridade da pessoa é expressa como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (GALBREATH, 2000, p.210).

A *saúde*, para Roy, é um estado de adaptação.

O processo de saúde/doença vivenciado pela criança com diagnóstico de câncer e sua família implicam inúmeras transformações de ordem psicológica, fisiológica, funcional e

social para ambos. Cabe a Enfermagem identificar essas alterações e promover medidas que contribuam para uma adaptação positiva frente a essas transformações.

### **Ambiente**

O *ambiente* é definido especificamente por Roy como “todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos” (GALBREATH, 2000, p.210).

O ser humano está em constante interação, troca com o meio externo, o ambiente. O contexto, no qual está inserido, o influencia positiva ou negativamente sobre o estado de saúde/doença.

A hospitalização altera o meio no qual a criança habitualmente vive afastando-a do convívio familiar e social. Esta nova realidade interfere na adaptação da criança e no seu equilíbrio emocional, assim como no processo saúde/doença.

O ambiente neste estudo é constituído pela Unidade Ambulatorial de Oncologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão que para a criança e sua família é um espaço novo e desconhecido. Cabe aos profissionais de enfermagem promover um ambiente que proporcione o mínimo de sofrimento, ansiedade e medo, pois estes são aspectos desfavoráveis à adaptação da criança e sua família. Os profissionais de enfermagem podem contribuir para a confiança, segurança, tranquilidade e bem-estar dessa clientela, colaborando assim, para a adaptação positiva diante das mudanças provocadas pelo adoecimento e terapêutica.

### **Pessoa**

Segundo a teoria de Roy, a pessoa ou ser humano, é um sistema holístico e adaptativo, que vive em constante interação com o meio sendo capaz de realizar troca de informação, matéria e energia com os ambientes que a cercam. As respostas adaptativas variam de acordo com cada ser humano, sendo este um ser único e individual.

A criança e seu familiar/acompanhante foram focos do cuidado de enfermagem desta prática assistencial que foi desenvolvida no Ambulatório Oncológico Pediátrico. É importante lembrar que sentimentos e comportamentos adaptativos são vivenciados no processo saúde-doença. Diante dos mecanismos de enfrentamento, as reações adaptativas positivas fortalecem o desenvolvimento da criança, e seus valores pessoais. A criança necessita de um meio onde ela possa sentir amor, compreensão e segurança. O familiar/acompanhante fornecerá à criança

proteção, afeto, carinho, segurança, mas também necessita de compreensão e esclarecimentos para adaptar-se ao cuidado à criança.

Outros seres humanos envolvidos diretamente neste processo são os profissionais de enfermagem. Estes são pessoas facilitadoras no processo de adaptação, sendo responsáveis em beneficiar e respeitar a individualidade da criança/família.

## **Enfermagem**

Roy não dá uma definição específica para Enfermagem, mas neste modelo o cuidado de enfermagem é definido como aquele que promove as respostas adaptativas em situações de saúde e doença. As respostas adaptativas são as que afetam positivamente a saúde. A Enfermagem procura reduzir as respostas ineficientes e promove as respostas adaptativas.

Enfermagem é uma atividade de cuidado aos seres humanos e, como processo de trabalho, tem um objetivo e uma direção. Tem uma finalidade de trabalho que ao ser caracterizado define a tendência de sua ação. Tais afirmações significam que a prática de enfermagem revela mais do que apenas um fazer técnico, revela a origem e consequência deste fazer (LEOPARDI, 1999, p.48).

A Enfermagem no processo saúde-doença da criança com câncer e seu familiar/acompanhante, serve como facilitadora no mecanismo de enfrentamento, realizando ações que proporcionem a manutenção das respostas adaptativas. Cuidar da criança com diagnóstico de câncer significa promover a normalização de experiências e habilidades e redirecionar as adaptações ambientais proporcionando estímulos que contribuam para um viver saudável mesmo na presença do adoecimento. É um processo de constante interação e troca.

## **Estímulos**

Estímulo é tudo que provoca uma resposta no indivíduo, seja ela positiva ou não. Os estímulos podem ser: focal, quando são diretamente responsáveis pela detonação de situações na vida do indivíduo; contextual, quando se referem aos estímulos do ambiente; ou residual, que incluem atitudes e experiências vividas anteriormente (LEOPARDI, 1999, p.112).

## **Adaptação**

Para Galbreath (2000), a partir de Roy “a adaptação é uma resposta positiva a uma experiência que ao ser enfrentada é facilitada pelo uso de mecanismo de enfrentamento reguladores e cognatos”.

De acordo com Roy, a pessoa tem quatro modos de adaptação:

- Necessidades fisiológicas - repouso, nutrição, eliminação, fluidos e eletrólitos, oxigenação, regulação, integridade da pele, os sentidos, função neurológica e função endócrina;
- Autoconceito - se expressa pela integridade psíquica, pela aprendizagem e auto-estima;
- Papel funcional - contém funções expressiva e instrumental, podendo situar-se como papel primário, secundário e terciário, determinando posição e desempenho, os quais mantêm sua integridade social;
- Interdependência - está relacionada à adequação afetiva ao outro significativo, bem como aos sistemas de suporte.

A Enfermagem deve apoiar e contribuir no processo de adaptação da criança e sua família a uma nova realidade frente ao diagnóstico e tratamento proporcionando um cuidado rico em estímulos que contribuam para um processo adaptativo saudável.

## **Cuidar**

Para Radünz (1999, p.15),

Cuidar profissionalmente ou cuidar em enfermagem é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar, percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro, aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e/ou condições para tal.

Para cuidar de uma criança com diagnóstico de câncer concordamos que é necessário que a enfermeira compartilhe o saber com a criança e com sua família. Para isto a enfermeira deve estar disponível a fim de garantir uma qualidade do cuidado, permitindo que o cliente tenha acesso ao tratamento, orientações e esclarecimento de dúvidas.

### 3.5. Processo de Enfermagem

O modelo de adaptação de Roy oferece diretrizes para a enfermeira na aplicação do processo de enfermagem. Os elementos do processo de enfermagem da teórica incluem a investigação do comportamento, a investigação do estímulo, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de metas, a intervenção e a avaliação (GALBREATH, 2000, p.211).

\* A **investigação comportamental** é considerada a coleta de respostas ou de comportamentos de saída da pessoa como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. Essa investigação esclarece o enfoque que a enfermeira e a equipe de enfermagem tomarão no atendimento ao cliente (GALBREATH, 2000, p.211).

\* Após a investigação comportamental, a Enfermagem deve analisar os assuntos emergentes e os padrões de comportamento do cliente para identificar as respostas ineficientes ou adaptativas que exigem seu apoio. Assim, a enfermeira faz uma **investigação dos estímulos** externos e internos que podem estar afetando esses comportamentos. Nesta fase deverão ser coletados dados sobre estímulos focais, contextuais e residuais que causam impacto sobre o cliente.

\* Roy descreve três métodos para realizar um **diagnóstico de enfermagem**. O primeiro é o uso de uma tipologia de diagnóstico desenvolvida por ela e relacionada com os quatro modos adaptativos. O segundo, faz um diagnóstico relatando a resposta observada de modo conjunto aos estímulos mais influentes. O terceiro resume as respostas em um ou mais modos adaptativos relacionados com o mesmo estímulo. Através do diagnóstico, usando qualquer um dos métodos, o profissional pode listar os comportamentos que necessitam de apoio.

\* As **metas** são os comportamentos finais que a pessoa deve atingir. São registradas como comportamentos do cliente indicativos de resolução do problema de adaptação. Sempre que possível, elas serão estabelecidas mutuamente com o paciente. O estabelecimento de metas mútuas respeita os privilégios e os direitos do indivíduo.

\* As **intervenções de enfermagem** são planejadas com a finalidade de alterar ou controlar os estímulos focais ou contextuais. A intervenção pode focar a ampliação da capacidade de enfrentamento do paciente, ou seu nível de adaptação, de forma que os estímulos totais permaneçam na capacidade de adaptação.

\* O processo de enfermagem é completado pela **avaliação**. As metas de comportamento são comparadas ao comportamento inicial do paciente e é determinado o movimento em direção ou afastamento da obtenção de metas. A readaptação às metas e às intervenções é feita com base nos dados de avaliação.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura neste trabalho consiste em uma breve abordagem dos assuntos mais significativos que estão relacionados à criança com diagnóstico de câncer e seu familiar/acompanhante, frente ao processo de adaptação ao adoecimento e tratamento e que contribuíram para o aprofundamento de aspectos contidos na teoria de Sister Callista Roy. Os assuntos serviram, também, de subsídios à prática assistencial, auxiliando no alcance dos objetivos propostos pelo grupo. Portanto, a presente revisão, mesmo que ainda elementar, pretende trazer algumas considerações sobre: *o câncer na infância – aspectos etiológicos e epidemiológicos; a Enfermagem frente ao processo de adoecimento e cuidado em Oncologia Pediátrica; a criança com diagnóstico de câncer; familiares acompanhantes frente ao processo de adoecer e a dor no câncer.*

### 4.1. O Câncer

De acordo com Camargo (2000), o câncer na infância é raro, porém consiste a segunda causa de óbito nos países desenvolvidos e foi à quinta causa no Brasil, em 1994, representando 22% dos óbitos por neoplasias em menores de 15 anos. Rodrigues e Camargo (2003, p.29) apontam que “a taxa de incidência do câncer infantil tem crescido em torno de 1% ao ano. Este crescimento tem sido inversamente proporcional ao crescimento da taxa de mortalidade e estima-se que a taxa de cura global esteja em torno de 85%”. Para estes autores “no Brasil, o câncer já é a terceira causa de morte por doença entre um e 14 anos, e no município e Estado de São Paulo é a primeira causa de óbito entre cinco e 14 anos de idade, excluindo-se as causas externas” (RODRIGUES E CAMARGO, 2003, p.29).

O câncer é um processo patológico que inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira descontrolada, ignorando as sinalizações de regulação de crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, com conseqüentes alterações nos tecidos próximos. Essas células, denominadas células neoplásicas, infiltram-se nos tecidos podendo alcançar os vasos sanguíneos e

linfáticos, disseminando para outras partes do corpo. Esse processo denomina-se metástase (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Segundo INCA (BRASIL, 2006), os tipos de câncer diferem entre si pelos tipos de células do corpo os quais se originam e pela velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

De acordo com o tipo de célula que o originou anatomopatologicamente, pode ser classificado em:

**Sarcoma:** originam-se de tecidos de suporte, tais como ossos, músculos, tecido gorduroso e fibroso.

**Carcinoma:** originam-se de células que revestem as superfícies do corpo, incluindo a pele e uma série de revestimentos do corpo.

**Linfoma:** originam-se de células conhecidas como linfócitos, são encontradas em glândulas linfáticas e no sangue.

**Mieloma:** originam-se das células plasmáticas da medula óssea as quais produzem anticorpos.

**Leucemia:** originam-se de células da medula óssea que produzem células sanguíneas brancas as quais fazem parte do sistema de defesa do organismo contra infecções.

**Melanoma:** originado dos melanócitos que são células da pele que produzem pigmento.

**Glioma:** Desenvolvem-se a partir de células do tecido de suporte cerebral ou da medula espinhal.

As causas do 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. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (BRASIL, INCA disponível em [www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=81](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81), acessado em. 15/09/2006).

De acordo com Brasil (1999, p.218), “a anamnese e o exame físico são a base do diagnóstico clínico e constituem os elementos orientadores da indicação de exames complementares”.

Para Camargo (2000), muitas vezes o câncer apresenta sinais e sintomas inespecíficos tornando-se de difícil diagnóstico. Uma vez havendo suspeita, exames laboratoriais e

radiológicos devem realizados com urgência. Os exames para detectar a extensão da doença devem ser realizados. O estadiamento da doença é essencial para a programação terapêutica.

Os sinais e sintomas relacionados ao câncer que devem ser observados são divididos em:

**- Específicos:**

Tumores visíveis ou palpáveis;

Gânglios linfáticos aumentados;

Petéquias ou equimoses espontâneas, não associadas a traumas;

Massa abdominal ou em tecidos moles;

Dores secundárias a compressão de órgãos ou em tecidos moles

Paralisias por comprometimento neurológico;

Dificuldades visuais;

Hematomas;

Hematúria.

**- Inespecíficos:**

Algias;

Febre;

Palidez;

Anemia;

Emagrecimento;

Anorexia;

Cefaléia;

Vômitos

#### **4.1.1 O Tratamento das neoplasias na infância**

Para Camargo (2000, p.215), “o câncer, na criança, difere do câncer de adulto em relação ao local, histologia, disseminação, estágio clínico e diversos outros fatores prognósticos”.

O tratamento das neoplasias requer um centro especializado e uma equipe multidisciplinar atuando em conjunto com diferentes abordagens.

A equipe de enfermagem especializada no cuidado à criança é fundamental, principalmente no cuidado às crianças hospitalizadas. A criança necessita frequentemente dos cuidados de enfermagem na administração de quimioterápicos e monitorização dos efeitos colaterais. Durante todo o tratamento, a Enfermagem deve proporcionar conforto e apoio à criança e seu familiar/acompanhante.

As opções de tratamento oferecidas para os pacientes com câncer devem basear-se em metas realistas e alcançáveis para cada tipo de câncer específico (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Para Brasil (2006), o tratamento do câncer começa com o diagnóstico correto, em que há necessidade da participação de um laboratório confiável e do estudo de imagens. Pela sua complexidade, o tratamento deve ser efetuado em centro especializado, e compreende três modalidades principais (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), sendo aplicado de forma racional e individualiza para cada situação específica e de acordo com a extensão da doença.

## **Quimioterapia**

A quimioterapia é usada principalmente para tratar a doença sistêmica. As substâncias químicas são utilizadas isoladas ou combinadas. E agem principalmente nas células em alta divisão mitótica. Neste processo, as demais células do organismo que apresentam essa alta proliferação também são atingidas, tais como, as células dos folículos pilosos, medula óssea, e células do revestimento do intestino.

Segundo Camargo (2000), os quimioterápicos são divididos em grupos de acordo com suas especificações farmacológicas e suas funções. Esses agentes podem agir em uma determinada fase do ciclo (ciclo-específico/fase-específico), no ciclo como um todo (ciclo-específico/fase não-específico), ou não agirem necessariamente em fases de crescimento celular, mas em células de repouso. Podem ser divididos em cinco grupos:

*Agentes aquilantes:* são ciclos-específicos, mas não fase-específico. Sua função é impedir a síntese de DNA. Ex: Busulfan, Ciclofosfamida, Ifosfamida, Cisplatina.

*Antimetabólicos:* seu efeito principal é bloquear a síntese de DNA. São restritas as fases de síntese do ciclo celulares (ciclo e fase-específico). Ex: Metotrexate, 6-Mercaptopurina, Citosina Arabinoside.

*Antibióticos:* são geralmente ciclo-não-específicas, agem intercalando com o DNA, impedindo sua duplicação e a produção de RNA mensageiro. Essas drogas interferem diretamente, impedindo a ação da topoisomerase. Esta é uma enzima nuclear que permite que a estrutura tridimensional da proteína se desfaça, permitindo que as hélices de DNA fiquem alinhadas durante a fase de replicação. Ex: Adriamicina, Daunomicina, Bleomicina, Dactiomicina.

*Alcalóides da Vinca:* Atuam especialmente inibindo a montagem do fuso mitótico, ligando-se às proteínas microtubulares e conseqüentemente interrompendo a divisão celular na metáfase. Ex: Vincristina, Vinblastina, Etoposide, Teniposide.

*Miscelânea:* Diminuem a síntese protéica e é ciclo-específico atuando na fase G1 pós-mitótica. Ex: Corticosteróides (Prednisona, Dexametasona, Prednisolona), L-Asparaginase.

De acordo com Brasil (2002, p. 288), a finalidade da quimioterapia depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral da criança. De acordo com sua finalidade, a quimioterapia pode ser classificada em:

- Curativa: objetiva a ausência de evidências de doenças pelo mesmo período de tempo que outra pessoa sem câncer. Ex: leucemias agudas e tumores germinativos.
- Paliativa: visa minimizar os sintomas decorrentes da proliferação tumoral e melhorar a qualidade de vida da criança, aumentando seu tempo de sobrevivência, em função de uma redução importante do número de células neoplásicas.
- Potencializadora: quando utilizada simultaneamente à radioterapia no sentido de melhorar a relação dose terapêutica/dose tóxica do tratamento com irradiação. Objetiva principalmente potencializar o efeito das drogas no local irradiado e conceitualmente não interfere no efeito sistêmico do tratamento. Ex: tumor de pulmão.
- Adjuvante: quando é administrada posteriormente ao tratamento principal, quer seja cirúrgico ou radioterápico.
- Neo-Adjuvante: quando é administrada previamente ao tratamento definitivo, quer seja cirúrgico ou radioterápico. Objetiva tanto a diminuição do volume tumoral, quanto à eliminação de metástases não-detectáveis clinicamente já existentes ou eventualmente formadas no momento da manipulação cirúrgica. Ex: sarcomas.

Para a aplicação da quimioterapia, é necessário uma prévia avaliação da criança, a fim de assegurar que seu organismo se encontre em condições de superar os efeitos tóxicos dos medicamentos antineoplásicos. Assim, são requisitos para a aplicação da quimioterapia:

- Perda do peso inferior a 10% do peso corporal anterior ao do início da doença;
- Ausência de contra-indicação clínica para as drogas selecionadas;
- Ausência de infecção ou infecção presente, mas sob controle;
- A contagem das células do sangue e a dosagem da hemoglobina sérica.

A quimioterapia pode ser contra-indicada quando efeitos colaterais potenciais do tratamento excederem os benefícios, quando a criança não reunir condições clínicas ou apresentar desempenho clínico pessoal inadequado para receber o tratamento proposto e quando houver meios inadequados para avaliar a resposta da criança à terapia e para monitorizar as reações tóxicas.

### **Radioterapia**

A radioterapia é a modalidade de tratamento que utiliza como agente terapêutico a radiação ionizante. Esta radiação ao atingir a unidade celular, acarreta a produção de íons que interagem com macro-moléculas vitais, levando a célula à morte ou à inviabilidade biológica decorrente da perda da sua capacidade proliferativa. O alvo da radiação é a molécula de DNA. Como a quantidade de DNA está aumentada durante a mitose, quanto maior a atividade mitótica de uma população celular, maior será a sensibilidade desta à radiação. Os tumores da infância caracterizam-se por apresentarem alto grau de proliferação celular, sendo assim, são muito sensíveis à radiação ionizante. Porém, observa-se uma certa restrição no emprego da radioterapia em crianças, pois os tecidos normais na infância também estão em alto grau de proliferação celular, sendo, portanto sensíveis à radiação ionizante (CAMARGO, 2000).

A radioterapia, conforme Camargo (2000) pode ser empregada em duas formas radioterapia externa e braquiterapia. A radioterapia externa é a forma mais comum na infância e requer absoluta imobilização do paciente. Quanto mais elevada for a energia, mais profunda será a penetração dentro do corpo (BRUNNER & SUDDARHT, 2002).

O implante de radiação interna, ou braquiterapia libera uma alta dose de radiação para uma área localizada. A dose de radiação é colocada diretamente em contato com o tecido tumoral. Essa radiação interna pode ser implantada por meio de agulhas, sementes, pérolas ou cateteres dentro das cavidades corporais.

## **Cirurgia**

Para Brunner & Suddarth (2002), a excisão cirúrgica da totalidade do câncer permanece como o método de tratamento ideal e é o mais freqüente usado. A cirurgia pode ser o método primário de tratamento, ou pode ser profilática, paliativa ou reconstrutora.

A cirurgia diagnóstica, como biópsia, visa obter uma amostra tecidual para análise das células suspeitas de malignidade. Os métodos de biópsia mais utilizados são excisional, incisional e por agulha. A cirurgia pode ser também, primária ao tratamento, e neste caso a meta é a retirada da totalidade ou o máximo do tumor possível e qualquer tecido vizinho envolvido. A cirurgia profilática envolve a retirada de tecidos ou órgãos não-vitais passíveis de desenvolver câncer. Quando a cura não pode ser alcançada, o objetivo do tratamento é manter o paciente o mais confortável possível e manter uma qualidade de vida. Nessa situação a cirurgia paliativa é realizada em uma tentativa de aliviar as complicações do câncer. A cirurgia reconstrutora pode complementar a cirurgia curativa ou radical com a tentativa de melhorar a função ou obter um efeito cosmético mais desejável (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

### **4.1.2 Neoplasias mais comuns na infância e na adolescência**

#### **Leucemia**

Segundo Nelson (1997) as leucemias representam os cânceres infantis mais comuns perfazendo cerca de 33% dos cânceres pediátricos. Esta informação é corroborada por Brasil (2006) quando afirma que dentre as neoplasias mais freqüentes na infância encontra-se a Leucemia.

As leucemias são classificadas de acordo com a linhagem de células afetadas, podendo ser linfocítica ou mielocítica. E também são classificadas com base no tempo durante, em agudas ou crônicas, o qual os sintomas envolvem a fase do desenvolvimento da célula que está defeituosa, com poucos linfócitos diferenciando-se além dessa fase.

Este tipo de neoplasia, de acordo com Brunner & Suddarth (2002), é caracterizado pela proliferação irregular de linfócitos na medula óssea. Também pode haver proliferação de

células no fígado e baço, e com as formas agudas pode ocorrer infiltração em outros órgãos, como as meninges, linfonodos, gengiva e pele.

A causa das leucemias ainda é desconhecida, porém há evidências de que a influência genética e a patogênese viral. A exposição à irradiação ou substância química também pode ser a causa.

Segundo Nelson (1997), a leucemia linfocítica aguda é responsável por cerca de 75% de todos os casos, com incidência máxima aos 4 anos de idade. A leucemia mielóide aguda é responsável por cerca de 20%, sendo que sua incidência permanece estável desde o nascimento até 10 anos de idade, aumentando ligeiramente durante a adolescência. A maioria das demais leucemias consiste na leucemia mielóide crônica. A leucemia linfocítica crônica raramente é observada em crianças.

## **Linfomas**

Os linfomas são neoplasias das células de origem linfóide. Geralmente se originam nos linfonodos, mas podem envolver tecido linfóide no baço, no trato gastrointestinal, no fígado ou na medula óssea. São classificados de acordo com o grau de diferenciação celular e quanto à origem da célula maligna predominante, em doença de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin.

As alterações genéticas encontradas nos linfomas não-Hodgkin e linfomas de Hodgkin podem estar relacionadas à predisposição genética, exposição a certos agentes virais e mais frequentemente a rearranjos genéticos (CAMARGO, 2000).

## **Doença de Hodgkin**

Este tipo de linfoma é mais comum no sexo masculino e possui dois picos de incidência, o primeiro por volta dos 15 anos de idade e o outro aos 50 anos. É uma malignidade rara com expressiva taxa de cura. A causa da doença é desconhecida, porém há evidências da associação à infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

A doença de Hodgkin geralmente começa com o aumento indolor de um ou mais linfonodos de um lado do pescoço. Os linfonodos afetados exibem consistência firme, são bem definidos e indolores à palpação. Os lugares mais comuns para linfadenopatia são os nódulos cervicais, subclavicular e mediastinal.

A célula maligna da doença de Hodgkin é a célula Reed-Stenberg, uma célula tumoral gigante morfológicamente única e que se acredita tenha origem linfóide imatura. É a marca patológica e um critério diagnóstico essencial para a doença de Hodgkin (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

### **Linfoma Não-Hodgkin**

Segundo Nelson (1997, p.327), “os linfomas não-Hodgkin são proliferações clonais malignas de linfócitos T ou B que apresentam graus variáveis de carga tumoral”.

Ao contrário dos linfomas não-Hodgkin de adultos, os de crianças geralmente consistem em tumores difusos e extranodais de alto grau. Os locais primários mais frequentes incluem o abdome, mediastino e a região da cabeça e pescoço.

Apesar de a causa ser desconhecida, uma etiologia viral tem sido sugerida, e há uma associação com os estados imunossupressores (AIDS, terapia imunossupressora para transplante de órgãos e toxinas ambientais), conforme Brunner & Suddarth (2002).

### **Neuroblastoma**

O neuroblastoma é um tumor sólido, extracraniano que se origina nas células nervosas indiferenciadas da crista neural, que dão origem à medula da adrenal e todos os gânglios e plexos simpáticos. Daí sua capacidade de poder estar presente em qualquer parte do corpo. Representa cerca de 8 a 10% de todas as doenças malignas da infância, sendo que a idade média ao diagnóstico é de 2 anos (CAMARGO, 2000).

O local primário mais frequente é no abdome e glândula supra renal. Outros locais de origem do tumor incluem mediastino, pescoço e pélvis. Os principais sítios de metástase são: medula óssea, fígado, pele e gânglios. Os neuroblastomas apresentam-se como massas duras, indolores e com superfícies irregulares.

Freqüentemente as crianças com neuroblastoma apresentam a doença em estágio avançado, com comprometimento de linfonodos regionais ou metástases distantes. Um fator clínico importante é a idade, sendo que crianças com mais de um ano de idade têm pior prognóstico, enquanto pacientes de até um ano de idade podem ser curados, independente do estágio da doença (CAMARGO, 2000).

### **Tumor de Wilms (Nefroblastoma)**

É o tumor renal maligno mais comum na infância caracterizado por uma massa assintomática, e geralmente é detectado no exame físico em consulta médica ou por um familiar. Uma característica importante é sua associação com anomalias congênitas representadas por anomalias geniturinárias, hemihipertrofia e anirídia esporádica.

O pico de incidência em relação à idade varia entre o 2º e 3º ano de vida, sendo que 75% dos pacientes têm menos de 5 anos de idade e 90% tem menos que 7 anos (CAMARGO, 2000).

Conforme Nelson (1997), a hipertensão arterial é registrada em até 60% dos pacientes, resultante da isquemia renal que ocorre devido a compressão da artéria renal pelo tumor, podendo levar à insuficiência cardíaca. O tumor pode ser detectado através de ultra-sonografia e tomografia computadorizada. A cirurgia é o tratamento de escolha quando o tumor for unilateral e passível de ressecção. Quando o tumor é irressecável ou a cirurgia não for radical, ou ainda no caso de doença disseminada, opta-se por quimioterapia e/ou radioterapia.

### **Rabdosarcoma**

Este tumor pode ocorrer em qualquer parte do corpo sendo mais freqüente na cabeça, pescoço, trato geniturinário, nos membros e no tronco. Acredita-se que o rabdosarcoma se origine do mesmo mesênquima embrionário do músculo estriado esquelético.

Os rabdosarcomas são divididos em dois grupos: embrionário e alveolar. Os de origem embrionária estão associados a um melhor diagnóstico, e acometem crianças com menos de 10 anos de idade. Os rabdosarcomas alveolares apresentam um prognóstico menos favorável e acometem, geralmente, adolescentes e adultos (CAMARGO, 2000).

### **Osteosarcoma**

É um tumor primário de osso caracterizado pela formação de tecido osteóide. Esta neoplasia tem origem a partir de tecido conjuntivo indiferenciado podendo apresentar elementos cartilagosos e fibrosos (CAMARGO, 2000).

Esses tumores ocorrem principalmente na adolescência em área de rápido crescimento ósseo, isto é, ao redor das epífises dos ossos longos. Os locais primários comuns incluem a parte distal do fêmur e as partes proximais da tíbia e úmero. Os sintomas iniciais mais comuns

são dor e edema localizados. A investigação diagnóstica deve incluir história, exame físico, exames radiológicos e laboratoriais.

De acordo com Camargo (2000), aproximadamente 15 a 20% dos pacientes apresentam metástases, sendo o pulmão o sítio mais comum (90%), seguido dos ossos (10%).

### **Sarcoma de Ewing**

Segundo Camargo (2000), o sarcoma de Ewing é caracterizado como um tumor de sensível à radioterapia, mas apresentando uma alta taxa de recidiva local e disseminação para pulmão e outros ossos. É raro sua ocorrência antes dos 5 anos e após os 30 anos de idades. Há predomínio do sexo masculino sobre o feminino.

O sarcoma de Ewing é mais frequentemente diagnosticado em ossos das extremidades, principalmente em sua porção distal. Entre os tumores axiais, os mais comuns estão localizados na região pélvica. As manifestações clínicas mais comuns são dores locais, massas palpáveis, febres e fraturas ósseas patológica.

O principal fator prognóstico para os pacientes com sarcoma de Ewing é a presença ou ausência de doença metastática. Também é considerado fator de pior prognóstico a localização axial, principalmente os tumores pélvicos, pois estes, muitas vezes crescem silenciosamente, não possibilitando a visualização da tumoração precoce.

Atualmente, devido ao avanço das técnicas de cirurgias ortopédicas, que permitem controle local através da ressecção tumoral com preservação do membro, a quimioterapia neoadjuvante e a cirurgia representam o tratamento de escolha.

### **Retinoblastoma**

O retinoblastoma é um tumor intra-ocular maligno mais freqüente na infância, que se origina da membrana neuroectodérmica da retina embrionária. São classificados em esporádicos ou não hereditários os quais apresentam 60 a 70% dos casos sendo unilaterais, e hereditários ou germinais que se apresentam bilateralmente. Para o desenvolvimento do retinoblastoma duas mutações são necessárias. Nos casos hereditários, uma alteração genética é herdada de um progenitor afetado, passando existir em todas as células do organismo. A segunda mutação ocorre em uma célula retiniana já portadora da mutação anterior. Nos casos esporádicos as duas mutações são somáticas e ocorrem dentro de uma célula retiniana. (CAMARGO, 2000).

O prognóstico é excelente para ambos os casos, com mais de 90% dos pacientes sobrevivendo de 5 a 10 anos. Com relação à visão, o prognóstico está ligado ao diagnóstico precoce, ao estadiamento clínico e a possibilidade de tratamento conservador. Em cerca de 50% dos casos a visão é preservada.

### **Tumores do Sistema Nervoso Central**

Os tumores primários do cérebro são um grupo de doenças que em conjunto constituem o tumor sólido mais comum na infância. Estes apresentam diferentes subtipos histológicos com tratamento específico para cada tipo e localização (MURAD, 1996).

Para Camargo (2000), os tumores cerebrais mais comuns são os astrocitomas e os meduloblastomas. Em se tratando de astrocitoma, mais de 80% das crianças sobrevivem livres da doença pelo menos 10 anos. Os tumores de cérebro com pior prognóstico são os de localização no tronco cerebral, onde cerca de 50% dos pacientes morrem com menos de 12 meses após o diagnóstico.

Sabe-se que a exposição à radiação ionizante está relacionada a uma maior incidência de tumores de SNC. Também há evidências entre associação de tumores de SNC e agentes virais.

Conforme Camargo (2000), citaremos alguns tumores do SNC pediátricos:

**Meduloblastoma** – é um tumor de linhagem neuroectodérmica classificado entre os Tumores Neuroectodérmicos Primitivos ou PNETs, Com localização preferencial em fossa posterior, acometendo cerebelo. Seu pico de incidência ocorre entre os 5 e 7 anos de idade e o tratamento envolve cirurgia, visando a máxima ressecção do tumor, seguida de quimioterapia e radioterapia cranioespinhal. Este tumor pode disseminar-se através do líquido cefalorraquidiano.

**Tumores do tronco cerebral** – quando se apresentam sob a forma de gliomas intrínsecos e difusos, o prognóstico é pobre. Apenas os tumores exófticos, de natureza focal ou originários de estruturas anatômicas adjacentes ao pedúnculo cerebelar e à junção cérvico-medular, ou associados a cistos permitem intervenção cirúrgica, com melhor prognóstico. O tratamento clássico é a radioterapia craniana.

**Astrocitomas** – o pico de incidência se dá entre 2 e 4 anos de idade e na adolescência. Histologicamente podem ter padrões que variam desde os gliomas de baixo grau até os de alta malignidade ou anaplásicos. O prognóstico depende do grau de diferenciação, além do grau de ressecção cirúrgica obtida. Pacientes com gliomas de baixo grau podem ser tratados com cirurgia exclusiva, caso se tenha obtido uma remoção completa do tumor. O uso de quimioterapia para pacientes com lesão residual pós-operatória vem sendo, preconizado mesmo em gliomas de baixo grau.

**Ependiomas** – desenvolvem-se geralmente na fossa posterior e em crianças menores de 5 anos de idade. Seu crescimento é lento, mas a variante anaplásica é considerada de maior agressividade. O principal tratamento é a cirurgia, seguido de radioterapia, que levam a taxas de sobrevida entre 30 a 60% em 5 anos.

**Tumores de células germinativas** – são raros, mas podem ocorrer em sistema nervoso central, especialmente em topografia de pineal e hipotálamo. Apresentam padrões heterogêneos, variando entre os germinomas e os chamados tumores secretores, caracterizados pela secreção de marcadores como a  $\alpha$ -fetoproteína e  $\beta$ -HCG. O tratamento consistia apenas em radioterapia craniana, mas há alguns anos novos protocolos têm indicado quimioterapia como abordagem inicial.

**Tumores do plexo coróide** – identificam-se classicamente duas variantes: o papiloma de plexo coróide, variante benigna, que pode ser curado apenas com tratamento cirúrgico, e o carcinoma de plexo coróide, de comportamento maligno, que tende a recidivar e tem prognóstico desfavorável. Localizam-se nos ventrículos, especialmente nos laterais. O tratamento consiste em cirurgia e radioterapia. Entretanto, por se tratar de um tumor freqüente em menores de 3 anos de idade, pode ser necessário postergar a radioterapia neste grupo de pacientes através da quimioterapia.

**Craniofaringiomas** – são tumores benignos originários de remanescentes do duto faringo-hipofisário, oriundo da bolsa de Rathke na embriogênese. Costumam ter evolução lenta, podendo deslocar estruturas adjacentes, acarretando um quadro clínico característico, com déficits visuais, anormalidades endócrinas (diabetes insipidus, hipotireoidismo, déficit de crescimento) e aumento da pressão intracraniana secundário à obstrução da drenagem líquórica. A cirurgia é o tratamento de escolha seguida de radioterapia craniana. É um tumor

cujos bons índices de sobrevida coexistem com um grau considerável de comprometimento da qualidade de vida.

#### **4.2 A Criança com diagnóstico de câncer e sua família**

O câncer enquanto doença tem sido muitas vezes associado à morte prematura. As pessoas, pelo desconhecimento ou pela gravidade do caso acreditam que não há recuperação e cura frente a este diagnóstico. No caso das crianças, a doença toma uma proporção catastrófica, já que envolve toda a família, principalmente os pais das crianças.

Para Castro (2002, p. 626) “na maior parte das vezes a doença crônica pode ser vista como um estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança e também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar”.

Com a doença, em especial a oncológica, ocorrem mudanças bruscas no comportamento da criança, modificando a rotina da família, através das visitas e consultas de profissionais de saúde, medicações e a própria hospitalização, além de procedimentos invasivos e dolorosos, como injeções e punções venosas.

Para Valle (1999), a doença e as internações causam uma quebra na rotina, no cotidiano, e por isso tem um caráter desorganizador. Esta autora também refere que a família, assim como a criança, sente-se ameaçada frente aos riscos que esta desorganização traz, e procura enfrentar a situação com os recursos que possui.

Assim, a hospitalização gera na família uma desintegração temporária ou permanente. A divisão familiar traz para seus membros uma sensação de perda oriunda da separação imposta pela condição de saúde de um dos membros da família, no caso, a criança. A separação da família altera todo o ciclo de vida trocando os papéis já tão fomentados que cada um exerce enquanto pessoa em seu dia a dia.

Em meio a tantos acontecimentos e conflitos emocionais, os pais enfrentam muitas dificuldades na assimilação das informações sobre a doença e o tratamento, sendo comum haver distorções das mesmas. Por isso, é bem comum que os familiares não compreendam a situação, passando a buscar justificativas para a doença, tentando achar uma explicação plausível e que possa dizimar ou pelo menos diminuir, os sentimentos como o de culpa.

De acordo com Castro (2002, p. 626) “frente ao quadro, é possível observar que não só a criança adoece, mas toda a família. Nas famílias em quem um dos seus membros esteja

doente, três subsistemas estariam interagindo: o paciente e sua enfermidade, a família e sua rede social e os serviços de saúde”.

É importante ressaltar que as famílias respondem ao câncer infantil de formas variadas.

A contextualização do estresse familiar associado à doença crônica, especialmente o parenteral, precisa levar em conta as próprias características das mães e pais e a percepção que eles possuem com relação à doença do filho, além das diferentes respostas que as famílias têm com relação ao estresse podem ser muito influenciadas pela rede de apoio que possuem. (CASTRO, 2002, p.626)

Amigos, vizinhos e parentes mais distantes também acabam sendo atingidos pela situação. O abalo emocional dos membros da família possibilita a sua não adaptação gerando conflitos que podem prejudicar no tratamento e na evolução negativa do quadro.

De acordo com Crepaldi (1999) no caso de pais que possuam mais de um filho, a situação pode se transformar num verdadeiro caos. Os filhos não doentes se sentem abandonados, esquecidos pelos pais, em função da falta de atenção. A exclusão gera um desconforto imenso na criança que tem que ficar em casa, sem acesso ao ambiente que o outro irmão doente está, além de passar a assumir responsabilidades que não faziam parte do seu cotidiano, como ajudar nas tarefas de casa, tornando-se adultos precocemente. À distância entre os membros da família, gera uma série de conflitos internos, não só apenas pelas crianças, mas entre o próprio casal. Em muitos casos, as mães passam a morar no próprio hospital, conseqüentemente, diminuindo o contato afetivo entre o casal, onde os maridos podem vir a sentirem-se rejeitados. O desconforto e as brigas freqüentes podem causar a separação definitiva, criando mais um problema familiar. Em contrapartida, outros casais em função da doença de um filho, unem-se cada vez mais, solidificando os laços afetivos.

Para Crepaldi (1999) o contexto sócio econômico pode agravar a situação de “doença da família”, ou seja, a baixa renda e a necessidade do trabalho colocam os pais diante de mais um obstáculo, o de conseguir conciliar a hospitalização do filho, o trabalho em si e os cuidados prestados ao doente, já que envolve custos e tempo. As mulheres, em seu trabalho são as primeiras a sacrificarem suas carreiras, por se sentirem praticamente, obrigadas a abandonarem seus cargos para se dedicarem única e exclusivamente aos filhos que necessitem de maiores cuidados. O emprego acaba sendo substituído por inúmeras consultas e pelo próprio tratamento. O surgimento de uma doença que necessite de um maior entendimento coloca a família perante uma realidade um tanto cruel, criando um clima de angústia e revolta.

Esta situação coloca os pais diante de um conflito inevitável, o da escolha do que provocará menos sofrimento. Alguns preferem que o filho morra a vê-lo sofrendo. Esta decisão é importante também para amenizar a dor da família (CREPALDI, 1999).

A doença segundo Valle (1999), é subdividida em fase crônica que se inicia após os ajustamentos e termina com o desfecho da doença em morte ou sobrevivência, não apresentando tempo determinado. Este momento é composto por sentimentos ambíguos, onde ora a família acredita na cura ou erro de diagnóstico, ora a família e a criança sofrem com momentos difíceis da internação e dos procedimentos. É a partir desta etapa que costumam aparecer os problemas no âmbito familiar, aqui a família pode se unir ou sofrer separações, também é aqui que eles terão que se adaptar às novas rotinas.

De acordo com Valle (1999), a terceira fase, a terminal, constitui-se a partir do momento em que a morte parece inevitável até a morte propriamente dita, podendo ou não ocorrer. Neste momento a criança não apresenta somente medo da morte, mas também da dor, do tratamento e da separação de sua família.

O câncer na família passa a adquirir uma dimensão inexplicável, colocando o ser humano em contato direto com sua vulnerabilidade, suas fraquezas e sua impotência diante do inevitável. A dor, as idéias de perda e de morte, o sofrimento, passam a criar corpo e forma, gerando sensações e sentimentos nunca antes imaginados e sentidos.

Segundo Crepaldi (1999 p.138)

A internação da criança é uma decorrência quase inevitável da doença, inaugura, para os pais, o início de uma fase de ansiedade, incertezas e ao mesmo tempo, de esperança. A experiência inicial de internação leva a família a uma visão muito negativa do hospital e da equipe. Gradativamente ela constrói uma outra representação, mais positiva e confortadora, à medida que se sente integrada ao atendimento.

A necessidade de adaptação familiar é muito presente, já que estão frente a uma nova realidade, transformando suas vidas, adequando-as ao seu novo mundo. Embora a doença crônica seja considerada um fator desencadeante para problemas desestruturadores, que gerem prejuízo emocional e comportamental, os membros por necessidade, passam a conviver com a situação e vão recriando suas vidas em cima do que esta sendo vivenciado, isso significa que, as pessoas passam a guiar suas vidas, criando um novo cotidiano (CREPALDI, 1999).

O conhecimento sobre a doença, a receptividade hospitalar, a equipe de saúde capacitada, são fatores importantíssimos para o compartilhamento da situação entre os membros da família, criando um ambiente favorável para o processo adaptativo.

Segundo Castro (2002 p.633-634),

Para a doença crônica é fundamental uma abordagem multiprofissional, que envolva não só aspectos clínicos, mas suas repercussões psicológicas e sociais, tanto para a criança como para a família. Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam atentos aos aspectos que transcendem o tratamento médico da doença da criança, pois sem uma visão abrangente sobre sua evolução e das relações da criança com as figuras significativas que a cercam, o êxito do tratamento pode ficar comprometido.

### **4.3. A Enfermagem frente à criança com diagnóstico de câncer e sua família**

O cuidado de enfermagem na Pediatria está significativamente relacionado às crianças e seus familiares tendo como focos de atuação o cuidado, o apoio e orientações que servirão como subsídios no restabelecimento da saúde.

O cuidado à criança exige compreensão de seu mundo particular em cada etapa evolutiva da vida através de uma visão holística, considerando o binômio criança-família, buscando satisfazer suas necessidades independente do problema imediato. Uma vez consideradas a criança e a família no processo de cuidar, essa trajetória torna-se mais humana e menos traumatizante em relação aos aspectos emocionais.

De acordo com Radünz, (1999, p. 6).

Enfermeira em Oncologia é um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente.

Na Oncologia Pediátrica, o enfermeiro deve ter conhecimento sobre a fisiopatologia dos diferentes tipos de câncer e suas opções de tratamento, compreendendo o processo de crescimento e desenvolvimento normal da criança a fim de dar um cuidado adequado à criança com câncer. O cuidado em Oncologia Pediátrica visa além do entendimento dos efeitos colaterais agudos decorrentes dos tratamentos oncológicos, a compreensão dos efeitos colaterais tardios, tanto físicos como emocionais, já que atualmente o número de sobreviventes do câncer infantil vem aumentando significativamente (CARVALHO, 2006).

O cuidado de enfermagem em ambulatório oncológico pediátrico tem por objetivo, ações especializadas nos diversos momentos do tratamento da criança, como: manejo de

quimioterápicos bem como de seus efeitos adversos; avaliação e manejo da dor; manuseio de cateter; cuidados paliativos; grupo de discussões com as famílias e a consulta de enfermagem.

Para Silva (1998, p.27), “a consulta de Enfermagem está contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, na lei do exercício profissional nº 7.498/86, no seu art.11, inciso I, alínea i, e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam”.

Maciel (2003, p.207) afirma que a “consulta de Enfermagem é uma atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente”. Portanto, a consulta é utilizada como uma forma de direcionar as ações de enfermagem dispensadas ao cliente, sendo necessário a cientificidade das ações desenvolvidas.

De acordo com Leifert (2006), “a consulta de enfermagem compreende as fases de histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem”. Em uma consulta à criança com diagnóstico de câncer, esta e sua família devem receber orientações e esclarecimento de dúvidas quanto a exames, medicações, higiene, tratamento e cuidados gerais da criança e é um momento oportuno para desenvolver estímulos que contribuam para uma adaptação o mais saudável possível ao processo de adoecimento/tratamento.

Para implantar a consulta de enfermagem, é necessário que haja mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessite de metodologia própria, e objetivos definidos (SILVA, 1998).

Assim, com a implementação da consulta de enfermagem no ambulatório oncológico pediátrico, local deste estudo, baseada na teoria de adaptação de Roy, espera-se dar oportunidade para que as famílias juntamente com a criança recebam as orientações necessárias a fim de permitir um cuidado mais próximo da realidade desta e de sua família, além de haver um acompanhamento da evolução do diagnóstico e tratamento. Para isto se faz necessário a utilização de um instrumento e uma metodologia para nortear o profissional de Enfermagem durante a consulta, tendo sempre presente o que a criança/família vem trazendo e o que poderá ser feito buscando sua adaptação à realidade do diagnóstico, ao convívio com a doença e a terapêutica estabelecida.

#### 4.4 A Dor no Câncer

De acordo com Brasil (1991), o manejo efetivo da dor, particularmente em doentes com doença avançada é uma das quatro prioridades de um programa integrado da OMS (Organização Mundial da Saúde) sobre Câncer, sendo outros a prevenção primária, detecção precoce e tratamento de tumores curáveis.

Dor, para Associação Internacional para Estudos da Dor, significa uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. É sem sombra de dúvida uma sensação numa parte ou partes do corpo, mas também sempre desconfortável e, por conseguinte uma experiência emocional (BRASIL, 1991).

Vale ressaltar que nem todos os indivíduos percebem a dor da mesma forma, o que nos leva a considerar que a sensação de dor é um produto de experiências passadas de dor, de valores, de expectativas culturais, emocionais e étnicas de pessoas que já vivenciaram a dor, tanto no aspecto fisiológico quanto no psicológico (NERI, 2005).

Segundo Brasil (2001), em pediatria, a dor oncológica é interpretada pela mãe e pela enfermagem que depois daquela é quem se encontra mais próxima da criança internada e passa a perceber as mudanças de comportamento, servindo de intérprete do que a criança está sentindo. Dentre as principais mudanças de comportamento da criança, referidas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), destaca-se: a irritabilidade, a letargia, a perda do apetite, alteração no sono e repouso, inquietação, mudanças posturais e também dificuldade em se relacionar com os seus pares.

Para Brasil (2002, pg. 353),

Toda criança deve ser avaliada em termos de dor potencial, pois crianças podem sentir dor sem que sejam capazes de verbalizar. Os seguintes tópicos devem ser considerados:

- Acreditar na queixa da criança;
- História e características da dor;
- Aspectos psicológicos e sociais;
- Exame físico e exames de investigação (para estabelecer a causa da dor);
- Tratamento da causa primária.

Para avaliar a intensidade da dor em crianças com idade superior a 6 anos, pode-se utilizar uma escala analógica visual com números e faces. (Anexo A)

Já em crianças em fase pré-verbal ou com alterações cognitivas, utiliza-se a observação comportamental, embora seja menos fidedigna. Deve-se observar a expressão facial, movimentos dos membros, choro, e o fato de que, frequentemente, a criança fica imóvel na cama quando sente dor. As medidas fisiológicas, como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória, aumentam quando há dor e diminuem com a ação de analgésico.

Geralmente, a dor presente no início do tratamento está relacionada com o tumor. Durante o tratamento, predomina a dor relacionada com o próprio tratamento: mucosite, membro fantasma, infecção, pós-operatório, procedimentos (punção de medula óssea, punção lombar, retirada de cateter venoso central e venopunção). Já na recidiva e na fase terminal, a dor volta a ser relacionada ao tumor. O acometimento tumoral direto do osso, víscera oca ou nervos pode ocasionar, respectivamente, dor somática, visceral ou neuropática (BRASIL, 2002).

O manejo da dor aguda requer conhecimento, técnica e empatia por parte dos enfermeiros. Na maioria das vezes a tecnologia, bem como todas as intervenções que provêm alívio da dor para os pacientes, está acessível ao enfermeiro. Toda a equipe de enfermagem deve responsabilizar-se em fornecer informações adequadas sobre as opções de tratamento da dor e participar de todas as etapas do processo de enfermagem, para proporcionar conforto e segurança aos seus pacientes. Qualquer falha nestas etapas poderá repercutir negativamente na assistência ao paciente e resultar em problemas legais e éticos para toda a equipe (BERNARDO, 2000).

Neste sentido, a educação dos profissionais de enfermagem sobre este tema é o principal instrumento para melhorar o tratamento do paciente com dor oncológica, pois os cuidados atentos da equipe de enfermagem, associados à terapêutica medicamentosa, são as bases para manejar a dor do câncer, tornando suportável para a criança (TULLI ET AL, 1999).

## 5. METODOLOGIA

Segundo Leopardi (1999, p.52),

Metodologia é o modo de agir, o caminho escolhido para o desenvolvimento da intervenção, é o conteúdo processual para a identificação dos passos para dirigir a ação, é a instrumentalização da ação. É o núcleo para a abordagem do fenômeno sobre o qual se quer agir.

A partir da metodologia é que foram desenvolvidas as atividades no campo de estágio, bem como a definição de nosso público alvo e as estratégias seguidas para o alcance dos objetivos.

### 5.1. Descrição do Campo de Estágio

A prática assistencial foi desenvolvida no Ambulatório de Oncologia Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, situado na Rua Rui Barbosa, 152, no bairro Agrônomico, em Florianópolis, Santa Catarina.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão-(HIJG) foi inaugurado no dia 13 de março de 1979, ano internacional da criança, substituindo o Hospital Edith Gama Ramos. Esta instituição é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Possui uma área de 22.000 m<sup>2</sup> e é dividido nas unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal.

Hoje, o hospital conta com 146 leitos e um quadro funcional composto por 805 servidores. É pólo de referência Estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo: 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

O HIJG atende diversas especialidades: cirurgia pediátrica, terapia intensiva pediátrica e neonatal, nutrologia, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, genética entre outras. Possuem ainda, profissionais em áreas afins, tais como: farmacêuticos, assistentes sociais,

psicólogos, pedagogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes operacionais e administrativos, direção e um grupo de voluntários.

No HIJG também são desenvolvidas atividades de ensino, através de programas de Residência Médica em pediatria geral, neonatologia, cirurgia pediátrica, anestesiologia, radiologia e terapia intensiva. Além de campo de treinamento e/ou estágio curricular e extracurricular nas áreas de enfermagem, psicologia, fisioterapia, pedagogia, educação física, etc.

O Ambulatório Oncológico Pediátrico (AOP) teve início de operação em 1980, anexo ao ambulatório geral, no qual dispunha de apenas duas salas, sendo uma para preparação de quimioterápicos e a outra para a administração dos medicamentos. Em setembro de 1998, foram inauguradas as novas instalações da unidade. Atualmente o AOP dispõem de 5 consultórios, 1 posto de enfermagem, 1 sala de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala para preparação de quimioterápicos, 1 consultório de psicologia, 4 BWC (1 para funcionários, 2 para pacientes, 1 para recepção), 1 sala de procedimentos, 1 sala de aplicação de quimioterapia, recepção, sala de espera, copa, 1 sala de reuniões, 1 sala dos voluntários, 1 sala do serviço social, 1 depósito/rouparia, expurgo. O quadro funcional é composto por 2 atendentes (escrituração), 1 técnica para exames, 1 auxiliar de dentista (escrituração), 6 técnicos de enfermagem e 1 enfermeira. A carga horária semanal é de 30 horas.

O horário de funcionamento do ambulatório é de segunda a sexta feira das 07:00 as 19:00 horas, eventualmente estendendo-se até as 22:00 horas quando necessário.

O público alvo do AOP são crianças de 0 a 15 anos, procedentes de todo o Estado de Santa Catarina. No entanto também atende clientes de maior idade que receberam tratamento no ambulatório durante sua infância, bem como crianças do Rio Grande do Sul. Em geral, são atendidas aproximadamente 800 crianças por mês.

O AOP atende clientes com qualquer tipo de câncer, sendo os de maior incidência os casos de leucemia.

## 5.2. Público-Alvo

Nossa prática assistencial teve como público alvo crianças na faixa etária de 31 dias a 15 anos incompletos, bem como seus familiares acompanhantes, que buscaram o serviço de atendimento ambulatorial de oncologia no Hospital Infantil Joana de Gusmão no período entre 06 de outubro a 08 de dezembro.

É importante esclarecer que o cuidado foi prestado para crianças com diagnóstico de câncer recente ou em recidiva, sem distinção de uma patologia específica.

Participaram desta atividade 22 crianças e familiares/acompanhantes. As crianças consultadas encontravam-se em várias fases do tratamento: 18 possuíam diagnósticos recentes e estavam em tratamento quimioterápico; 4 crianças encontravam-se em recidiva da doença e reiniciando o tratamento. O principal diagnóstico encontrado foi Leucemia Linfocítica Aguda.

## 5.3. Plano de Ação

Para o alcance dos objetivos nós utilizamos diversas estratégias, dentre elas as que se seguem abaixo:

- Proporcionar espaço para que as crianças e os familiares expressassem seus sentimentos durante o cotidiano do cuidado.
- Levantamento de temas de interesse dos familiares/acompanhantes e das crianças na criação de atividades lúdico-educativas e realização de oficinas junto a estas a partir dos temas de interesse das mesmas.
- Intercâmbio com a equipe de saúde a fim de compartilhar os temas de interesse dos familiares/acompanhantes e das crianças.
- Acompanhamento dos procedimentos de cuidado de enfermagem desenvolvidos na unidade.
- Observação sobre as formas de registro de cuidado de enfermagem.
- Análise da metodologia de cuidado de enfermagem da unidade.
- Releitura do referencial teórico de Roy a fim de extrair subsídios para a elaboração do instrumento para a consulta de enfermagem.

- Aplicação, análise e reformulação do instrumento da consulta de enfermagem.
- Reconhecimento da rotina e funcionamento do ambulatório oncológico
- Realização de atividades técnico-administrativas.
- Participação em eventos relacionados à área Oncológica Pediátrica
- Realização de cuidados diretos à criança e familiares
- Ampliação da revisão de literatura.

Cada objetivo foi considerado alcançado a partir do momento em que identificamos que conseguimos realizar várias das estratégias propostas, mesmo que parcialmente. A descrição detalhada das estratégias propostas para cada um dos objetivos será descrita no capítulo 6.

#### **5.4 Considerações Éticas**

Ética designa o estudo filosófico da moralidade, tomando por base a teoria formal, regras, princípios ou códigos de conduta para determinar a ação correta.

A ética é de grande importância no processo educativo, trazendo vários fatores, como: humanização, respeito, responsabilidade, competências, normas e códigos. Os valores éticos são indispensáveis na prática assistencial, portanto é necessário que se estabeleça uma ponte entre a ética e o cuidado (D'ÁVILA, 2004).

Os aspectos éticos foram plenamente respeitados durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial. Assim, fez-se necessário adotar alguns preceitos éticos:

- Informar aos pais sobre o trabalho a ser desenvolvido, seus objetivos e a relevância do mesmo;
- Obter autorização do familiar/acompanhante através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A);
- Garantir o anonimato das crianças e do familiar/acompanhante, trocando seus nomes verdadeiros por fictícios em qualquer apresentação pública;
- Assegurar ao familiar/acompanhante a possibilidade de desistência do estudo, em qualquer momento, sem que isso implicasse no cuidado à criança.

#### **5.5 Cronograma (Apêndice B)**

## 6. RELATANDO A PRÁTICA

Neste capítulo estaremos relatando como se desenvolveu a prática assistencial a partir dos objetivos e estratégias propostas.

### 6.1 Objetivo 1

*Construir caminhos para uma adaptação saudável da criança e do familiar/acompanhante frente ao processo de adoecimento.*

Para alcançarmos este objetivo havíamos traçado várias estratégias tais como: proporcionar espaço para que as crianças e os familiares/acompanhantes pudessem expressar seus sentimentos durante o cotidiano do cuidado; fazer um levantamento de temas de interesse dos familiares/acompanhantes e das crianças a fim de construir oficinas lúdico-educativas e aplicá-las junto à criança e familiares/acompanhantes a partir dos temas de interesse dos mesmos; compartilhar com a equipe os temas de interesse evidenciados, pelos familiares/acompanhantes e das crianças.

A partir das estratégias citadas acima foi possível construir alguns caminhos visando uma adaptação saudável frente ao adoecimento. Promovemos durante todo o estágio *espaço para que as crianças e seus familiares/acompanhantes verbalizassem seus sentimentos*. Na sala de quimioterapia, permanecíamos junto às crianças e seus familiares/acompanhantes, porém escolhíamos uma criança e seu acompanhante em especial, isto ocorria a partir do levantamento das histórias, sendo selecionada aquela criança que se encaixasse dentro dos nossos critérios, para que posteriormente fosse realizada a consulta de enfermagem.

Para ficarmos mais próximo dos familiares/acompanhantes e das crianças, realizávamos todos os *procedimentos de enfermagem bem como algumas atividades lúdicas*, dentre elas, jogos de montar, quebra-cabeça, pinturas e, além disso, líamos histórias infantis. A partir desta aproximação é que nos sentíamos, então, preparadas para conversarmos com a criança e seu familiar, abordando o câncer e o seu tratamento.

Na sala de espera aproveitávamos o espaço físico e a presença da pedagoga do setor, para *brincarmos* com as crianças e também com os seus familiares/acompanhantes, realizando atividades que despertassem o interesse e a participação de todos, criando a oportunidade para que relatassem suas experiências de vida a partir do diagnóstico de câncer.

Outro espaço importante para que isso acontecesse foi durante *as consultas de enfermagem*. Estas eram precedidas de uma triagem, onde ocorria muitas vezes o nosso primeiro contato com os familiares/acompanhantes, oportunizando-os a expressarem suas angústias, medos em relação à doença, tratamento, e a própria história.

Constatamos que após a realização da consulta houve uma maior integração entre nós, acadêmicas, as crianças e seus familiares/acompanhantes, evidenciando que esta se tornou mais uma tática de aproximação e conseqüentemente um espaço ideal para a verbalização de sentimentos. Além disso, ficávamos constantemente com as crianças e seus familiares na sala de quimioterapia e na sala de recreação, realizando atividades lúdico-educativas. Constatamos que estas favoreceram a criação de laços de confiança do grupo com a equipe de enfermagem, e principalmente com o público alvo.

Proporcionamos outros momentos importantes, como *as oficinas*, que se transformaram em instrumentos valiosos do projeto, já que promovia aos familiares/acompanhantes e às crianças espaços de exteriorização de sentimentos.

Um aspecto importante a ser relatado e que fazia parte das nossas estratégias, foi o *levantamento de temas de interesse* a partir da realização de uma primeira oficina lúdico-educativa. Nesta consultamos os pais e também as crianças sobre quais seriam os temas de interesse do grupo, salientando que posteriormente, novas oficinas iriam ser realizadas e estas abordariam os assuntos apontados por eles. Imediatamente os familiares/acompanhantes e as crianças que estavam presentes relataram quais as principais dúvidas sobre a doença e tratamento.

Também consultamos a Enfermeira supervisora e sua equipe, visto que, a experiência e o longo convívio com a maioria das crianças que estavam em tratamento, poderiam nos ajudar na escolha dos assuntos que foram abordados nas oficinas. Os temas de interesse dos familiares/acompanhantes e das crianças foram apresentados à Enfermeira supervisora e à equipe, onde os mesmos foram estimulados a participar da criação e do desenvolvimento das oficinas. Consultamos e compartilhamos os temas com outros profissionais, como no caso da pedagoga do setor, visto que esta também realiza trabalhos educativos com as crianças da unidade.

Outro fator que favoreceu a abordagem dos temas foi a consulta de enfermagem. Durante as conversas encorajávamos os familiares/acompanhantes e crianças a relatarem quais eram seus medos e curiosidades, além de observarmos o grau de entendimento dessas famílias acerca do que estavam vivenciando.

O contato direto com os pais e com as crianças, a presença constante do grupo no setor e a disponibilidade dos familiares/acompanhantes, proporcionaram um *vasto leque de temas*, como: mudanças no estilo de vida; alterações comportamentais da criança e da família; desestruturação familiar, inversão de papéis dentro do núcleo familiar; a verbalização dos sentimentos. Além de temas, como: cuidados com integridade da pele; importância da ingestão hídrica; higiene corporal e bucal; a alimentação saudável, incluindo cuidados de manuseio e higiene; os efeitos colaterais da quimioterapia, sendo que, a partir deste material, é que passamos a construir novas oficinas baseadas nos assuntos escolhidos.

Os assuntos citados acima foram relatados principalmente pelos familiares/acompanhantes. O grupo observou que estes possuíam dúvidas em diversos aspectos, incluindo tanto os físicos como os emocionais. A equipe de enfermagem sugeria constantemente sobre assuntos relacionados às questões corporais, como os efeitos adversos da quimioterapia.

As oficinas lúdico-educativas foram realizadas com o intuito de promover uma maior adaptação da criança e seu familiar, sendo que os temas de cada semana eram previamente escolhidos na oficina anterior. Os encontros ocorriam na sala de recreação, todas as sextas-feiras e contava com a participação das crianças e dos familiares/acompanhantes.

A dinâmica das oficinas ocorria da seguinte maneira: primeiramente, realizávamos as apresentações e explicávamos a proposta do trabalho, posteriormente convidávamos a todos a participarem da oficina, salientando explicitamente que esta participação deveria ser voluntária, e de acordo com o interesse de cada um. Neste sentido descreveremos a seguir de que forma transcorriam as oficinas.

A primeira oficina ocorreu no dia 20/10/06 e tinha como assunto, *a importância da alimentação saudável para pacientes em tratamento quimioterápico* e teve início às 8 horas. Primeiramente nos apresentamos e falamos sobre a importância da alimentação saudável. Distribuímos para as crianças e seus familiares/acompanhantes pratos contendo diversos pedaços de frutas (mamão, morango, pêra, maçã, banana). As crianças tinham que comer as frutas com os olhos vendados e adivinhar de que fruta se tratava. Isso propiciou aos participantes sentir o sabor das frutas sem negá-las ou afirmar que não gostavam. Depois apresentamos e distribuímos um folder elaborado por nós, explicando sobre a alimentação

salientando quais os alimentos que deveriam ser ingeridos e aqueles que deveriam ser evitados (Apêndice C).

Para avaliar se a mensagem veiculada foi corretamente assimilada pelas crianças colocamos dois cartazes na parede intitulados como: “*você deve evitar*” e “*você deve comer*”. Cada criança ganhou figuras de alimentos dentre eles, enlatados, frutas, salgadinhos, refrigerantes, verduras, entre outros, para serem coladas nos devidos cartazes (Apêndice D). As crianças participaram com entusiasmo principalmente na hora de colar as figuras. Os pais também agradeceram pelas orientações.

A oficina seguinte ocorreu no dia 27/10/06, e teve como título: *compartilhando os enfrentamentos*. O objetivo era conhecer o perfil do familiar/acompanhante e propiciar a interação entre eles. Esta oficina transcorreu da seguinte maneira:

Primeiramente aguardamos a chegada das crianças e seus familiares/acompanhantes e esperamos que todos tomassem o café da manhã. Iniciamos com a nossa apresentação e convidamos as pessoas a participarem da oficina. Alguns se recusaram, e ficaram somente observando, outros saíram da sala. Mesmo assim tivemos em torno de 10 participantes e estes interagiram bastante e contaram um pouco de sua história. Colocamos os familiares/acompanhantes em círculo e salientamos que a oficina só seria realizada com a permissão de todos. Então, pegamos um novelo de lã e começamos a lançá-lo de mão em mão. Cada pessoa que o pegasse diria seu nome, procedência, o nome da criança que estava acompanhando e o diagnóstico. Assim, cada pessoa, após se apresentar, era identificada com uma etiqueta contendo seu nome. Nós também nos apresentamos neste círculo.

Depois de identificados, começamos a atividade intitulada de: *jogo da batata quente*. Para esse jogo elaboramos um roteiro de perguntas relacionadas com a história da família e da criança frente ao diagnóstico e tratamento do câncer (Apêndice E). Colocamos músicas infantis, como: O Cravo Brigou com a Rosa e Ciranda-Cirandinha, e os participantes iam passando a bola entre eles, quando a música parava, àquele que permanecia com a bola respondia uma das perguntas.

Alguns relatos foram feitos, tais como:

*“Perdi o chão, não sabia o que dizer nem o que fazer, o começo foi muito difícil... Não sabíamos nada sobre a doença, mas com o tempo passamos a conhecer melhor, não foi nada fácil, ainda não é... Mas a gente vai conseguir!”*

*“A doença assusta no começo, mas ele foi muito forte, contei desde o começo, não escondi nada, ele sabia que tava doente, mas nem eu*

*imaginava o que poderia ser... sabia que era algo grave... Fiquei com medo...”.*

*“Hoje? Ah! Hoje ele tá bem, tá fazendo o tratamento certinho! Tá se cuidando, a gente fica em cima, pra que ele não se machuque, tome os devidos cuidados, é difícil porque ele é criança, né?! Mas a gente fica de olho, agora que tá tudo bem, não podemos bobear...”.*

Nesta oficina foram distribuídos *folders* (Apêndice F) que continham informações sobre o diagnóstico, tipos de tratamento e cuidados adicionais. Este material também foi deixado na recepção para os demais acompanhantes que não puderam ou não quiseram participar da oficina. Para concluir foi lido um texto cujo título “*Mulherão*” (Anexo B) e agradecemos a todos pela participação.

A partir destes relatos conseguimos entender a magnitude da doença, visualizando-a em todos os aspectos, desde o início insólito até o tratamento que gerava respostas que influenciavam diretamente no comportamento da criança e, principalmente de seu familiar/acompanhante. Na oficina, observamos que os pais absorvem a doença de seus filhos, e que transformam a luta pela sobrevivência da criança como o único objetivo de vida. Nos depoimentos, verificamos que o adoecimento da família gerou transformações desestruturadoras, modificando por completo a rotina de seus membros.

O aspecto econômico é outro fator relevante, notamos que neste dia, a maioria dos participantes, possuía baixo poder aquisitivo, muitos eram pequenos agricultores, vivendo da subsistência, quando questionados sobre as principais transformações que a doença havia gerado em suas vidas, muitos foram categóricos:

*“Com a doença dela, tive que parar de trabalhar, só o meu marido que sustenta a casa, tenho que cuidar dela... A situação tá difícil, mas a cura dela vem em primeiro lugar...”.*

*“A gente vive do que planta e com ele doente eu tive que parar um pouco, ele também teve que parar de ajudar a gente na roça, mesmo porque eu não deixo... Nós parados atrapalhamos um pouco na renda da casa... Mas a gente vai levando como pode...”.*

Notamos que os mesmos ainda encontram sérias restrições em contar sobre o câncer e o tratamento, principalmente quando as crianças estão perto, sendo ainda um tema muito doloroso de ser abordado. Percebemos ainda que a maioria das famílias não sabe lidar com a doença e com os efeitos que ela provoca.

*“O médico tinha me dito que os cabelos podiam cair, disse pra ele também, mas eu não imaginava que seria tão rápido, a gente se assusta no começo, não sabia o que fazer... Ele ficou triste no começo, mas eu disse que logo o cabelo ia crescer de novo... Tá crescendo, olha!”*

*“Depois da quimio ele começou a ficar enjoado e a vomitar muito, a boca ficava seca... Eu e o meu marido ficamos assustados, porque a gente nunca tinha visto isso, passei a me informar sobre a doença, o que a gente podia ajudar, passei a perguntar pra outras mães...”*

Observamos também, que nas frases referidas pelos familiares/acompanhantes, a religião se faz presente, e que em cada depoimento as palavras; fé, esperança e Deus, estão muito próximas.

*“Tenho muita fé em Deus, sei que tudo isso vai passar e que daqui algum tempo tudo vai voltar ao normal... Eu acredito muito nisso”*.

Ao sairmos da sala, percebemos que direta ou indiretamente colaboramos para que os mesmos enfrentassem de maneira mais positiva e saudável o diagnóstico, compreendendo, aceitando e o mais importante, compartilhando o diagnóstico, conseqüentemente, realizando trocas de experiências, o que contribui significativamente durante o processo adaptativo.

No dia 10/11/06, ocorreu a terceira oficina, na qual resolvemos realizar um *bingo educativo*, junto com as crianças e seus familiares/acompanhantes, sendo realizada na sala de recreação. Na cartela continham frases relacionadas ao câncer, tratamento e efeitos colaterais. Convidamos todas as pessoas que estavam presentes no salão. Inicialmente, nos apresentamos explicamos aos familiares/acompanhantes e crianças sobre a importância da higiene oral e corporal. Demonstramos a técnica correta de escovação dental, para isto, utilizamos como material demonstrativo um bicho de pelúcia (tigre) e uma escova, além de cartazes ilustrativos (fotos da oficina no Apêndice G). Após as orientações, iniciamos o bingo educativo, onde as perguntas (Apêndice H) eram sorteadas e as respostas estavam nas cartelas. Rapidamente as mesmas foram distribuídas junto com feijões que serviram para marcar as respostas, aquele que completasse toda a cartela (Apêndice I), ganharia um prêmio, que foram brinquedos doados por amigos e parentes. No final distribuimos livros para as crianças que não foram premiadas. A atividade resultou numa resposta muito positiva, onde crianças e familiares/acompanhantes participaram ativamente, demonstrando interesse sobre os temas tratados.

Por último, no dia 17/11/06, realizamos a oficina que tinha como título: *o Leão sem juba*. Pela manhã, nos dirigimos à sala de recreação e realizamos todas as apresentações e

novamente enfatizamos a não obrigatoriedade de participação na atividade. Prontamente, começamos a narrar uma história (Anexo C) que tratava sobre um dos principais efeitos colaterais da quimioterapia, que é a alopecia. Escolhemos o tema por acharmos que a perda dos cabelos nos remete diretamente a questões como: imagem corporal e perda da auto-estima. Distribuímos para as crianças um desenho do leão (Anexo D) e pedimos para que juntamente com seus pais, relatassem sobre a doença e as mudanças ocorridas. Muitos familiares/acompanhantes optaram por relatar oralmente e compartilhar suas experiências com os demais, outros preferiram escrever, e assim, respeitamos a vontade de cada participante.

*“Ver meu leão sem juba me deu muita angústia, mas por outro lado fiquei satisfeito porque, mesmo sem juba, ele estava ali vivo e lutando cada vez mais pela vida. Hoje, 4 anos depois de começar o tratamento, ele está bem, vivendo, brincando e estudando.” (L.F.L. pai de J.S.F. de 5 anos de idade que teve um Tumor Cerebral)*

*“No começo, quando descobri, fiquei apavorada, mas aos poucos fui me perguntando o porque disso tudo... queria estar no lugar dela... Aprendi com a doença dela e mais tarde tive que conviver mais 2 vezes com essa doença, pois perdi 2 irmãos com câncer. Foi uma fase difícil, mas superei tudo, noites sem dormir...tudo foi superado. Hoje ela está com 14 anos, está bem, na escola... vamos tocando a vida.” (R.F.B.A. mãe de C.F.C. de 14 anos que teve Leucemia Linfocítica Aguda)*

*“Quando eu soube que a minha filha ia ficar careca fiquei chocada! Chorava muito, eu e ela. Mas, depois a gente vai se conformando aos poucos. Mas a gente fica muito desesperada no decorrer do tratamento, são tantas crises... e o emocional fica muito abalado. Mas com a força de Deus a gente vai levando e vai superando tudo. Agora ela está há 4 anos fora de tratamento e está muito bem.” (C.C.S. mãe de C.D.S. de 9 anos que teve Neuroblastoma)*

Outros não conseguiam terminar a sua história e optavam pelo silêncio. No desenho do Leão sem Juba, a criança não conseguiu completar a sua frase;

*“Tenho 13 anos e eu queria falar um pouco do que eu me lembro. Com 2 anos eu tive câncer, então comecei a me tratar. No começo estava indo tudo bem, mas depois de um tempo”. (E.C. 13 anos, LLA em manutenção).*

Concluimos que a capacidade de assimilação da doença e como ela é compartilhada com a criança diferem para cada família. Nos dois exemplos citados acima, percebemos que os relatos são divergentes. No segundo caso tanto o pai como a criança, não expressaram seus sentimentos, fazendo uso de frases incompletas e do silêncio. Ao lembrar da doença ambos

demonstravam tristeza, através de expressões faciais, evidenciavam que o câncer pode ter gerado, em suas vidas, um imenso estresse emocional.

Ao término da atividade, recolhemos as folhas com os relatos e agradecemos gentilmente a colaboração de todos.

Neste instante concluímos que no que se refere à imagem corporal, esta é extremamente prejudicada durante o tratamento e que as meninas, principalmente, são as mais prejudicadas, pois se sentem inferiorizadas e “diferentes” das demais, demonstrando extrema dificuldade em lidar com suas emoções, interiorizando-as, sendo a baixa auto-estima o reflexo do problema.

Além das oficinas, proporcionamos na última semana *o dia do presente*, já que estávamos próximos do Natal, e por isso, organizamos uma pequena campanha para a doação de brinquedos. Espalhamos cartazes (Apêndice J) nos corredores e unidades do HIJG, também do Hospital Universitários, além de contarmos com a colaboração de nossos amigos e parentes, com isso, arrecadamos um número expressivo de brinquedos que foram distribuídos a todas as crianças que realizavam tratamento entre os dias 06-07/12.

As retribuições foram imediatas, o que nos fez sentirnos orgulhosas e gratificadas, já que conseguimos proporcionar momentos de felicidade às crianças e familiares acompanhantes que contribuíram gentilmente no desenvolvimento do trabalho.

Constatamos que as oficinas, em geral, proporcionaram momentos de reflexão, participação, reduzindo o tempo ocioso, estimulando a integração e a criatividade, ofertando momentos de prazer e alegria, favorecendo o processo adaptativo da clientela. Um outro elemento favorecedor deste processo foi a consulta a outros profissionais, o que facilitou a nossa introdução à equipe multiprofissional, fortalecendo e solidificando nossa presença no setor.

Foi possível perceber que a construção de caminhos para a criança e seu familiar/acompanhante frente ao adoecimento teve por objetivo, proporcionar uma adaptação saudável, e este por sua vez, foi atingido através do espírito de equipe que contou com a participação e colaboração dos trabalhadores do setor, das acadêmicas de enfermagem e da clientela. A partir desta fusão, percebemos o quanto foi fundamental trabalhar em parceria.

A adaptação é um processo longo e que para muitos, torna-se quase impossível ser alcançado, por isso, a criação de espaços de descontração (oficinas lúdico-educativas, momentos de interação durante a infusão de quimioterapia ou as atividades da sala de espera), que contou diretamente com a criatividade e a vontade dos participantes, tornou-se um recurso precioso para a integração do grupo com o público-alvo e para o desenvolvimento do

trabalho. Percebemos que a construção destes espaços permitiu às crianças e seus familiares/acompanhantes momentos preciosos onde o saudável pôde ser evidenciado a partir do sorriso, da disponibilidade, do interesse e principalmente pela força e coragem demonstrados pelos participantes deste trabalho, reforçando que é possível ampliar os aspectos do ser e viver saudável mesmo na presença de uma doença como o câncer.

### **Avaliação:**

Este objetivo foi alcançado através do levantamento temático para as oficinas lúdico-educativas, por meio da criação de espaços para que as crianças e os familiares verbalizassem seus sentimentos; da realização de oficinas lúdico-educativas junto à criança e seu familiar/acompanhante; pelo compartilhamento com a equipe sobre os temas de interesse evidenciado pelos familiares/acompanhantes e das crianças e com a implantação das consultas de enfermagem.

## **6.2 Objetivo 2**

*Identificar e refletir sobre a metodologia de cuidado de enfermagem do ambulatório oncológico pediátrico.*

Para o alcance deste objetivo utilizamos as seguintes estratégias: acompanhar os procedimentos de cuidado de enfermagem aplicados na unidade; observar as formas de registro do cuidado de enfermagem; analisar a metodologia de cuidado de enfermagem da unidade.

Durante os primeiros dias de estágio dedicamos parte do nosso tempo para conhecermos a estrutura física, os funcionários e suas respectivas funções. Conversávamos com as crianças e seus familiares/acompanhantes na sala de administração de quimioterapia e também na sala de recreação. Fizemos uma visita no albergue onde ficam as crianças que moram em outra cidade com um acompanhante.

Conversamos com a enfermeira da unidade para saber qual era a metodologia de cuidado, como era a rotina de atendimento dos pacientes. Na verdade, ela nos afirmou que os

funcionários conhecem a metodologia, sabem como funciona, porém não havia um manual que registre formalmente como esta se processa. Contudo, no decorrer do estágio pudemos confeccionar o “Manual de normas, rotinas e atribuições dos profissionais do Ambulatório Oncológico Pediátrico” (Apêndice K) que falaremos mais à frente.

Em relação à metodologia e rotina de trabalho, a equipe de enfermagem assim as descreviam:

O paciente chega ao AOP, passa na recepção, verifica o peso e entrega os exames de sangue e/ou imagem e aguarda a consulta; Dirigi-se à sala de recreação para aguardar a chamada para a consulta;

Após consulta médica:

A prescrição médica deve ser impressa em três vias (carimbadas e assinadas pelo médico): uma via fica no prontuário do paciente, uma via vai para a farmácia e a outra para a central de quimioterapia.

As prescrições médicas devem estar prontas até as 13 horas. Se for decidido que algum paciente fará a quimioterapia após esse horário, terá uma segunda possibilidade de estar encaminhando a prescrição até as 14 horas. As quimioterapias prescritas no dia anterior e programadas para vários dias deverão ser manipuladas às 07h30min.

O familiar/acompanhante entrega a prescrição médica na sala de administração de quimioterapia. Se necessitar de medicação via oral (comprimidos, xaropes, etc), deve entregar à enfermeira ou farmacêutica a segunda via da prescrição e estas irão fornecer o medicamento. Se necessitar de medicação injetável para levar para casa, esta será fornecida na sala de administração de quimioterapia, conjuntamente com o material necessário (seringas, agulhas). A medicação, após reconstituição na capela, será administrada no tempo devido, conforme o protocolo. O familiar/acompanhante avisa a equipe de enfermagem em caso de reações, dor e término dos soros. Após ter recebido a medicação, os familiares deverão marcar o retorno da consulta na recepção e registro geral;

O familiar/acompanhante deve comunicar na recepção até as 09h30min se irá permanecer para o almoço, e comer somente na sala de refeições;

São permitidos líquidos e mamadeiras na sala de administração;

Solicitar o baldinho para vômitos se for necessário;

A troca de fraldas deve ser feita no fraldário;

Os pacientes deverão utilizar somente os banheiros especificamente destinados para os mesmos.

Solicitar a chave do armário para guardar seus pertences;

Para transfusões sangüíneas, o sangue é colhido no ambulatório e é levado pelos pais para o banco de sangue;

Após punção lombar e outros exames, os pais levarão para o laboratório os materiais (sangue, líquido e outros) a serem analisados.

Todos os funcionários do Ambulatório de Quimioterapia deverão fazer exames de 6 em 6 meses, para controle das funções hematológicas e hepáticas. Os resultados serão arquivados e analisados pelos médicos, com as cabíveis providências.

No que se refere à metodologia de cuidado adotado no Ambulatório constatamos que não existe uma metodologia de trabalho sistematizada como a encontrada no Hospital Universitário. As atividades se processam cotidianamente sem que ela esteja escrita e oficializada como conhecemos em outras instituições. Inegavelmente existe uma metodologia que se processa no decorrer das atividades, mas da qual se desconhece formas de registro e/ou a existência de uma teoria filosófica ou de enfermagem embasando as ações de cuidar/cuidado.

Percebemos que não há qualquer forma de registro do cuidado prestado às crianças atendidas. Qualquer intercorrência que ocorra com as mesmas é comunicada verbalmente entre os funcionários e repassado para a equipe médica. Talvez esta situação possa estar relacionada ao fato de que a maioria dos funcionários trabalha há bastante tempo no setor o que predispõe a certa informalidade no padrão de comunicação entre a equipe. Pensamos também que em função de o ambiente ser pequeno isto pudesse ser um facilitador para este grau de informalidade.

Outro aspecto percebido foi sobre a checagem dos medicamentos administrados que nem sempre eram realizados. Isto provocou certa confusão, principalmente para nós acadêmicas, que não estávamos acostumadas com esse tipo de rotina. Desta forma, embora haja fatores que contribuam para esse grau de informalidade nas atividades cotidianas acreditamos que uma forma de registro seja fundamental para a organização do serviço e também para resguardar a equipe de enfermagem frente a problemas que possam acontecer.

Conforme Tanji (2005), o registro deve ser considerado um documento, pois os registros não servem somente como auxílio ao tratamento, mas também como proteção ética e legal das instituições e dos profissionais. Os registros indicam que a assistência aos clientes foi efetuada proporcionando visibilidade e transparência no exercício da profissão, não se podendo, assim, incorrer em omissão.

É importante salientar que os registros contidos nos prontuários dos clientes, diante de uma sindicância, poderão acusar ou inocentar os profissionais, por isso ressalta-se a necessidade de que estejam legíveis e compreensíveis. Observa-se que a equipe de enfermagem não possui uma concepção clara, pois se restringe ao fazer, deixando de realizar os registros pertinentes ao cuidado prestado, limitando, assim, a possibilidade de uma possível defesa jurídica (TANJI, 2005).

Quanto ao acompanhamento das atividades dos funcionários, terminamos por acompanhar durante nossa prática assistencial alguns procedimentos como punção lombar, punção venosa e limpeza de cateter totalmente implantável, procedimento este privativo do enfermeiro. Cada uma das acadêmicas pôde acompanhar, durante uma manhã, os procedimentos para preparo de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos.

Segundo as normas do Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, todos os agentes quimioterápicos devem ser preparados por profissionais altamente qualificados e treinados especificamente para o procedimento. Sendo assim, no HIJG, o farmacêutico é quem fica incumbido dessa tarefa.

Os quimioterápicos devem ser preparados na capela de segurança biológica de classe II com sistema de filtro, fluxo laminar, de preferência com eliminação para o exterior e proteção total.

Conforme Costa (2000), a cabine ou capela de fluxo laminar classe II tipo B é a mais indicada para a manipulação de produtos de alta toxicidade. Ela promove total exaustão externa, possui filtros HEPA (High Efficiency Particulate Air Filter), que retira do ar partículas e até mesmo microorganismos. Tem capacidade de reter até 0,3 microns com 99,9% de eficácia. O filtro não remove vapores nem gases. A sua manutenção deve ser periódica. A cada três meses, troca-se o pré-filtro e verifica-se todo o seu funcionamento. A limpeza da capela deve ser diária.

A área é de acesso restrito ao pessoal treinado e em local isolado dos demais locais. Não é permitido o acesso ou contato com o público de um local geral.

### **Normas preconizadas no HIJG no preparo das drogas antineoplásicas**

- Todo agente quimioterápico deve ser preparado por profissionais especificamente treinados para o procedimento, conforme a preconização da legislação vigente da RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 da Anvisa (Anexo E).

- A área de preparo deve ser isolada para evitar interrupções, minimizar riscos de acidentes e de contaminação. Deve estar situada em área restrita a fim de evitar fluxo de pessoas.
- Alimentar-se, beber, fumar, e aplicar cosméticos, são procedimentos totalmente proibidos, durante a preparação dos agentes quimioterápicos.
- A superfície de trabalho deve ser coberta com papel absorvente para diminuir o risco de contaminação. O papel deve ser eliminado diariamente com cuidados especiais, e se possível, adicionar neutralizantes para as drogas mais agressivas no caso de acidente.
- A técnica de preparo deve ser rigorosamente asséptica.
- Devem ser rigorosamente seguidas às recomendações do fabricante do medicamento, quanto à compatibilidade de soluções e outras drogas, estabilidade da droga e sensibilidade à luz.
- A concentração final mg/ml contida na prescrição deve ser rigorosa.
- Luvas cirúrgicas estéreis devem ser utilizadas. As luvas devem ser trocadas sempre que houver contaminação com quimioterápicos, como extravasamento ou respingos.
- Avental longo de boa textura, totalmente fechado na parte da frente e de preferência impermeabilizado deve ser usado durante todo procedimento.
- Gorros, máscaras impermeáveis e óculos de plástico, devem ser usados sempre que em atividade.
- Para que se evite a aerosolização na diluição da medicação, um protetor (filtro) contra aerosol deve ser usado.
- No frasco contendo o preparado deve conter um rótulo com as seguintes informações sobre o produto: nome do paciente, unidade de internação, registro, data e hora de preparo, estabilidade da solução, nome da droga e dose empregada, diluente usado e seu empregados para chamar atenção a respeito da fotossensibilidade da solução, de ser droga vesicante e dos cuidados no descarte do material.
- A pessoa que transporta a droga até o local de aplicação, deve receber treinamento especial em como intervir em caso de acidente. As drogas devem ser transportadas em caixas térmicas para evitar variações extremas de temperatura, que podem inativar as mesmas. Devem ser também à prova de choque.
- O profissional que estiver preparando o quimioterápico não deverá usar adornos em mãos e braços.

No dia em que ficávamos acompanhando o preparo dos medicamentos dividíamos da seguinte forma: enquanto duas das acadêmicas permaneciam na assistência junto à equipe de enfermagem, uma ficava na pré-sala, onde se realizam as diluições dos medicamentos, e outra na sala da capela, onde são preparados os quimioterápicos. Nesta sala a assepsia é rigorosa e a farmacêutica devidamente paramentada (com luvas, avental, gorro e óculos) deve ficar atenta para não entrar em contato com as drogas, pois algumas drogas são vesicantes e causam necrose tecidual, mas principalmente, porque o contato contínuo pode provocar danos à saúde dos trabalhadores.

Segundo Rocha (2004), as evidências científicas comprovam que os riscos advindos da manipulação de quimioterápicos antineoplásicos podem provocar danos à saúde dos trabalhadores, como mutagenicidade, infertilidade, aborto e malformações congênitas, disfunções menstruais e sintomas imediatos como tontura, cefaléia, náusea, alterações de mucosas e reações alérgicas.

Diante dos riscos à que estão expostos, os trabalhadores que manipulam drogas citostáticas devem estar devidamente qualificados, preparados e cientes dos danos que estes podem causar, das precauções e das adequações nos procedimentos técnicos envolvidos no preparo e administração dessas substâncias e descarte de materiais, para que a prática de trabalho se torne mais segura.

No transcorrer do estágio pudemos observar outros procedimentos tais como administração de medicação intramuscular, e punções venosas.

### **Avaliação:**

Este objetivo foi alcançado a partir do momento em que conseguimos identificar e refletir sobre a forma de trabalho empregada no AOP, bem como através do acompanhamento dos procedimentos de enfermagem, o que nos permitiu analisar, mesmo que de forma preliminar, a metodologia assistencial realizada no local do estudo.

### **6.3 Objetivo 3**

*Elaborar, aplicar e avaliar um instrumento de consulta de enfermagem à criança e seu familiar/acompanhante com diagnóstico de câncer baseado na teoria de adaptação de Roy.*

Utilizamos como estratégias neste objetivo alguns caminhos tais como: fazer uma nova leitura do referencial teórico de Roy a fim de extrair subsídios para a elaboração do instrumento para a consulta de enfermagem; criar um instrumento para a consulta de enfermagem a partir dos subsídios identificados; apresentar o instrumento elaborado para a supervisora e os membros da equipe de enfermagem, solicitando contribuições dos participantes; aplicar o instrumento da consulta de enfermagem; avaliar o instrumento aplicado junto aos familiares/acompanhantes e a equipe de enfermagem.

Para elaborarmos o instrumento para consulta de enfermagem, foi necessário fazer uma nova leitura do referencial teórico de Roy. Esta leitura nos propiciou uma maior compreensão da teórica dos passos do processo de enfermagem, auxiliando na construção de um instrumento adequado para a realização da consulta de enfermagem.

A partir dos subsídios identificados da teoria de Roy, elaboramos um primeiro instrumento (Apêndice L). Após aplicar este instrumento nas primeiras consultas, percebemos que o mesmo era inviável, pois era muito longo e continha itens de pouca relevância, sendo necessário a reformulação do instrumento. Portanto, reformulamos o instrumento (Apêndice M) e elaboramos um terceiro que seria aplicado para os momentos de retorno da criança e seus familiares.

Desta forma, o instrumento aplicado na consulta continha dados relativos à história de vida da criança e do familiar/acompanhante e às mudanças decorrentes ao diagnóstico. O instrumento (Apêndice N) utilizado para a consulta de retorno buscava informações sobre o alcance das metas estabelecidas na consulta anterior, e determinação de novas metas, elaborando-se um plano de enfermagem.

Para a realização das consultas foi necessário construir um *fluxo de atendimento*, uma vez que esta atividade ainda não existia no ambulatório. Portanto, a rotina para a realização das consultas de enfermagem se dava da seguinte maneira: primeiro coletava-se nome, idade, procedência, acompanhante, diagnóstico, terapia e data de retorno, e esses dados eram registrados em um livro, a partir do qual eram selecionadas as crianças.

Utilizamos como *critério de seleção para consulta* crianças na faixa etária de 31 dias a 15 anos incompletos, com diagnóstico recente e/ou recidiva, em tratamento contínuo, pelo menos de três semanas, possibilitando, dessa maneira, que realizássemos, no mínimo, um retorno antes do término do estágio. Após fazer este levantamento, o familiar/acompanhante era abordado a respeito do que se tratava uma consulta de enfermagem, bem como da sua

importância para eles e para a criança durante o tratamento quimioterápico. A decisão da clientela de não participar da consulta era respeitada.

Estando os participantes esclarecidos e tendo aceitado o convite, estes eram encaminhados ao consultório de enfermagem, onde se realizava a consulta com a aplicação do instrumento de consulta baseado na teoria de adaptação de Roy.

O modelo adaptativo de Roy consiste na formulação do processo de enfermagem, onde o profissional pode guiar-se durante a observação, a fim de identificar as reações emocionais, possibilitando a interpretação comportamental e a elaboração do plano assistencial e intervenções de enfermagem, bem como a execução e a evolução do quadro assistido. (GALBREATH, 2000).

Sendo assim, o instrumento de consulta aplicado estava constituído por 8 passos:

1) *Identificação*

Neste item eram coletados os dados da criança, como: nome, sexo, idade, data de nascimento, escolaridade, raça, endereço, composição familiar, nome e parentesco do informante da consulta e diagnóstico clínico.

2) *História da doença*

O informante relatava os sinais e sintomas apresentados pela criança que levaram à procura de atendimento médico, bem como toda a trajetória (exames e consultas a diversos especialistas sem receber diagnóstico definido) até chegar ao momento atual. Também era abordado neste passo o comportamento, percepção, sentimentos da criança frente à doença, à hospitalização e alteração da imagem corporal.

3) *Mudanças no estilo de vida*

Eram registradas as mudanças relacionadas com dieta, eliminações, atividade física e escolar, sono e recreação da criança após receber o diagnóstico de câncer.

4) *Avaliação de primeiro nível*

Neste item procedia-se a identificação das alterações relacionadas à integridade (pele, cabelos, olhos, nariz, boca/faringe, ouvido, pescoço); regulação (sinais vitais, presença de edema, condições de perfusão); eliminações (vesicais, intestinais e vômitos); genitais (características, menarca, secreção e circuncisão); músculo-esquelético (condições da musculatura, presença de dor, rigidez e câibra); hematopoiético (hemograma, hematomas, equimose, tipagem sanguínea, realização de transfusão) e endócrino (altura, peso, disfunções hormonais).

5) *Avaliação de segundo nível*

Neste procedia-se a identificação dos estímulos, que poderiam ser:

- Focais: aqueles com que a pessoa se depara imediatamente.
- Contextuais: que incluem todos os outros estímulos presentes, podendo estes ser positivos ou negativos.
- Residuais: ou estímulos que a pessoa vivenciou anteriormente, tais como crenças, atitudes e características pessoais.

6) *Diagnóstico de enfermagem*

Foram utilizados os diagnósticos estabelecidos pela North American Nurses Diagnosis Association - NANDA.

7) *Metas*

As metas eram estabelecidas de acordo com os problemas levantados, a fim de atingir um nível ótimo de adaptação diante da situação enfrentada no momento pela criança e seus familiares acompanhantes.

8) *Plano*

A criança e seus familiares/acompanhantes recebiam as orientações, estímulos para o alcance das metas, dentro da consulta realizada naquele momento. Sendo assim, o registro dessas orientações era feito como ações efetuadas.

**O Retorno:** após um período mínimo de 2 semanas da consulta de enfermagem, foi possível realizar o retorno com 11 crianças. Nessa consulta de retorno tínhamos como objetivos avaliar se as metas estabelecidas anteriormente haviam sido atingidas, detectar novas alterações provocadas pelo tratamento, tanto físicas como psicossociais e estabelecer novas metas.

Puderam-se observar nas 22 consultas realizadas que a maioria das crianças consultadas apresentava diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda, estavam acompanhadas pela mãe e eram procedentes de outras cidades do estado de Santa Catarina. Para o acontecimento destas consultas enfrentamos algumas dificuldades tais como o desinteresse de alguns pais em participar da mesma, provavelmente em função do desconhecimento desta atividade como prática da enfermeira; pela inexistência dessa atividade no ambulatório onde tratavam o filho e também pela falta de compreensão dos objetivos da consulta. Outra dificuldade importante foi a definição de um fluxograma que se adequasse à rotina já existente no ambulatório.

Porém, no decorrer do estágio, conquistamos a confiança de alguns pais através de conversas e oficinas de orientações facilitando a efetuação da consulta. Definimos um novo fluxograma da seguinte forma: após a consulta médica, as crianças se dirigiam para a sala de administração de quimioterapia, onde as convidávamos juntamente com seus

familiares/acompanhantes para participarem da consulta, enquanto as crianças recebiam o tratamento. Desta forma, o fluxograma se encaixou adequadamente na rotina do ambulatório.

As crianças e os familiares/acompanhantes atendidos nas consultas foram participativos, receptivos aos questionamentos e orientações. Grande parte destes afirmou ao término da consulta que estavam gratos pelo esclarecimento de dúvidas e acréscimo de conhecimento obtido.

A fim de ilustrarmos como se deram as consultas de enfermagem a partir dos instrumentos elaborados passamos agora a relatar algumas das consultadas realizadas. Todos os nomes foram substituídos por pedras preciosas, em homenagem a uma de nossas crianças que carinhosamente tinha seu apelido de Rubi. Infelizmente não foi possível realizar a consulta de enfermagem com a mesma.

*“Toda pedra preciosa precisa ser lapidada até encontrarmos sua verdadeira beleza, porém mesmo em seu estado bruto, sabemos que cada uma delas possui um intenso brilho e um imenso valor” (Acadêmicas).*

## **CONSULTAS DE ENFERMAGEM**

### **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIAMANTE**

#### **1. Identificação**

Diamante, sexo masculino, 13 anos, branco, procedente de Imbituba. Cursa a sexta série do ensino fundamental. Atualmente, devido ao tratamento, permanece afastado do colégio, o que o levou a uma reprovação neste ano. Mora com os pais e dois irmãos.

Diagnóstico médico: Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).

#### **2. História da doença**

Segundo a mãe, há 6 meses, Diamante começou a apresentar cansaço e dor no peito e nas pernas. Todas as vezes que jogava bola logo se cansava. Então sua mãe o levou para

consultar com o médico do posto de saúde de seu bairro que receitou Sulfato Ferroso e “remédio de vermes”. Não concordando com o diagnóstico médico, a mãe resolveu trazê-lo para a emergência do Hospital Infantil. No hospital realizou exame de sangue e então foi diagnosticada leucemia. Diamante ficou internado durante 30 dias na unidade de oncologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Esta era sua primeira internação. Atualmente realiza apenas tratamento quimioterápico ambulatorial e após receber a quimioterapia do dia volta para casa.

A mãe afirmou que foi um susto muito grande ao receber o diagnóstico, mas que agora está mais calma, a família está bastante unida. Diamante salientou que até seu irmão menor cuida dele.

### **3. Mudanças no estilo de vida**

Diamante percebeu desde que começou o tratamento, algumas mudanças físicas, principalmente o aumento de peso e a queda dos cabelos, mas isso segundo ele não o perturba. Continua se alimentando bem.

### **4. Avaliação de Primeiro Nível**

Na consulta, Diamante mostrou-se bastante interessado e permaneceu ativo e comunicativo durante a coleta de dados. Ele era quem respondia a maioria das perguntas e a mãe concordava e às vezes acrescentava algo.

Diamante realizava tratamento ambulatorial e no momento da consulta estava recebendo a quimioterapia. Apresentava-se levemente hipocorado, com temperatura igual a 36.3°C. Cabelos bem distribuídos e em pouca quantidade, sem alterações no couro cabeludo. Olhos brilhosos, ausência de secreção. Negava alterações visuais. Boa audição e ausência de secreção. Boa permeabilidade nasal e sem secreção. FR igual a 24mm, sem tosse. Mucosa oral íntegra e levemente hipocorada. Apresentava bom estado de higiene oral e dentição preservada. A criança referiu que se alimentava bem e comia bastante devido o tratamento à base de corticóide. E acrescentou que não gostaria de engordar muito. Negou náuseas e vômitos. Pesava 36 Kg. Sem queixas álgicas, musculatura eutrófica, punção nos dois membros superiores. FC igual a 84 bpm, tipo sanguíneo A+. Realizou transfusão de sangue no dia anterior. Eliminações vesicais e intestinais presentes e sem alterações.

Diamante e sua mãe salientaram que o atendimento no ambulatório era excelente e os funcionários bem receptivos.

A criança afirmou que, quando ficava internado, sentia saudades de sua família e vontade de voltar para casa. Referiu que não tinha problemas quanto ao tratamento e que depois disso tudo ia voltar a ser como era antes da doença. Porém mostrava-se muito ansioso quando recebia a notícia de realizar uma punção lombar.

## **5. Avaliação de Segundo Nível**

- Apetite exacerbado.
- Pele e mucosa levemente hipocorada.
- Punção em MMSS.
- Saudade da família enquanto internado.
- Interesse e motivação da criança pelo seu estado
- Troca de papéis entre os irmãos – o mais novo cuida do mais velho.

## **6. Diagnóstico de Enfermagem**

- Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita.
- Coloração cutâneo-mucosa alterada, manifestada por palidez, secundária à doença de base.
- Integridade da pele prejudicada devido à punção venosa em MMSS, com risco para infecção.
- Risco para infecção relacionado à defesa secundária inadequada, manifestada por leucopenia.
- Alteração no processo familiar relacionado alteração na rotina familiar devido ao tratamento.
- Alteração no desempenho de papel caracterizada por conflito de papéis.

## **7. Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Manter o acesso venoso adequado evitando infecção no local.

- Criar vínculo com a criança e sua família.
- Esclarecer a mãe e a criança sobre os cuidados que devem ser mantidos fora do ambiente hospitalar.
- Manter a família unida e não deixar que os outros filhos da família sintam a ausência da mãe.

## **8. Planos**

- Permanecemos dispostas a ouvir a criança e sua mãe.
- Esclarecemos algumas dúvidas a respeito da doença e tratamento.
- Orientamos sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientamos sobre a escovação dos dentes após as refeições e o uso de escovas com cerdas macias.
- Estimulamos o uso de bonés e protetores solas durante a exposição ao sol.
- Estimulamos a ingestão hídrica.
- Orientamos a mãe quanto ao comportamento da criança, enfatizando a importância de se trabalhar o limite do amor e a atenção aos outros membros da família.
- Estimulamos a participação de todos os membros da família no que diz respeito ao a doença e tratamento da criança.

## **2ª Consulta – O RETORNO**

### **3. Avaliação de primeiro nível**

Diamante veio ao ambulatório acompanhado da mãe para receber quimioterapia.

Criança apresentou-se sonolenta durante a conversa, porém respondia todas as perguntas que lhe eram feitas. Referiu que está se sentindo bem e que há uma semana apresentou cansaço físico.

Estava hipocorado, sem queixas álgicas, musculatura eutrófica, com punção venosa em MSD. Cabelos bem distribuídos e em grande quantidade, sem alterações no couro cabeludo. Olhos brilhosos, ausência de secreção. Sem alterações visuais. Boa audição e

ausência de secreção. Boa permeabilidade nasal e sem secreção, sem tosse. Mucosa oral íntegra e hipocorada. Apresentava bom estado de higiene oral e dentição preservada. Criança afirmou que come bem e gosta de frutas, verduras, arroz, mas também come doces, salgadinhos tipo Chips, chocolates, mas que não exagera nessas guloseimas e agora não está mais comendo exageradamente. Ao chegar no hospital apresentou um episódio de vômito. Eliminações vesicais e intestinais presentes e sem alterações.

#### **4. Avaliação de Segundo Nível**

- Pele e mucosa hipocorada..
- Punção em MSD.
- Sono alterado.
- Episódio de vômito.
- Cansaço físico.
- Hábitos alimentares inadequados.

#### **5. Diagnóstico de Enfermagem**

- Coloração cutâneo-mucosa alterada, manifestada por palidez, secundária à doença de base.
- Integridade da pele prejudicada devido à punção venosa em MSD, com risco para infecção.
- Distúrbio no padrão de sono devido ao sono interrompido pela manhã devido ao tempo de viagem até o ambulatório.
- Cansaço físico relacionado ao efeito colateral da quimioterapia.
- Intolerância à atividade caracterizada por fadiga.
- Hábitos alimentares inadequados
- Episódio de vômito relacionado aos efeitos colaterais da quimioterapia.

#### **6. Avaliação**

Desde a primeira consulta Diamante mostrou ser uma criança bastante receptiva, sempre comunicativa e ativa durante a coleta de dados. Foi possível estabelecer uma interação

positiva com Diamante e com sua mãe. Durante as orientações, ambos se apresentavam atentos e interessados. Eram tranquilos e não apresentavam estresse quanto à hospitalização principalmente porque as seções de quimioterapia eram em períodos curtos o que proporcionava a volta para casa mais cedo.

Diamante aceitava seu tratamento e colaborava nos procedimentos. Havia muito diálogo entre ele e sua mãe, e uma notável compreensão e companheirismo. A relação com os funcionários do ambulatório era harmoniosa.

Observou-se que a resposta adaptativa de Diamante frente à doença e a mudanças que esta acarretou em seu estilo de vida, transcorreu de forma positiva. Diamante sempre demonstrou ter esperança e afirmava que o tratamento era apenas um período em sua vida, mas que isso logo ia acabar e sua vida voltaria a ser como antes da doença. Assim, percebeu-se que o impacto do diagnóstico e do tratamento não o deixou desanimar.

## **7. Próximas Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Manter o acesso venoso adequado evitando infecção no local.
- Melhorar o padrão de sono.
- Manter hábitos alimentares saudáveis.
- Minimizar episódios de vômitos.
- Minimizar o cansaço.

## **8. Plano**

- Permanecemos dispostas a ouvir a criança e sua mãe.
- Esclarecemos as funções dos elementos constituintes do sangue.
- Reforçamos a importância em manter uma alimentação saudável.
- Reforçamos a importância da higiene oral e corporal.
- Estimulamos o uso de bonés e protetores solas durante a exposição ao sol.
- Estimulamos a ingestão hídrica.
- Incentivamos a criança a estabelecer hábitos de ir dormir mais cedo para obter um período mais prolongado de repouso e descansos durante o dia.

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RUBI**

### **1. Identificação**

Rubi, sexo masculino, 14 anos, branco, procedente de Florianópolis. Cursa a sexta série do ensino fundamental, porém no momento está afastado do colégio devido ao tratamento. Mora com os pais e dois irmãos.

Diagnóstico médico: Glioma Anaplásico - Tumor Cerebral

### **2. História da doença**

Segundo o pai, há dois meses a criança iniciou com cefaléia, aliviando temporariamente com dipirona. Procuraram atendimento médico e foi diagnosticada cefaléia crônica. Realizaram alguns exames (Ressonância Magnética) e foi identificada uma lesão cerebral, sendo diagnosticado um tumor cerebral. Rubi realizou uma cirurgia para retirada do tumor de 5cm no dia 26 de outubro. Após a cirurgia, Rubi perdeu parcialmente movimentos de MSD e MID e dificuldade para articular as palavras. Atualmente Rubi está recebendo quimioterapia (iniciou o tratamento no dia 08 de novembro). De acordo com o pai, aguardam resultados de exames (não soube especificar) para avaliar se é necessário realizar radioterapia.

O pai referiu que é pastor e que acredita que seu filho irá recuperar os movimentos já que a criança era baterista da igreja. Relatou que o seu filho menor (9 anos) ficou doente e que nada foi diagnosticado, ele acredita que foi por causa do irmão. No momento, a família está se adaptando com a nova rotina e estão confiantes na cura de Rubi, portanto só estão aguardando a recuperação total da criança.

### **3. Mudanças no estilo de vida**

Pai relatou que Rubi está se alimentando menos do que normalmente. A criança estava cursando a 6ª série, porém no momento não está indo para escola desde que realizou a cirurgia. A criança permanece em repouso durante quase todo período, devido à dificuldade de andar. Nega dificuldade para dormir.

#### **4. Avaliação de Primeiro Nível**

Durante toda a consulta, Rubi sorria e concordava somente com gestos, mas quem respondia as perguntas e relatava era o seu pai, porém mostrou-se interessado e atento nas orientações.

Rubi estava recebendo a quimioterapia em punção em MSE. Presença de ferida cirúrgica em processo de cicatrização em couro cabeludo, cabelos raspados. Pai relatou que a criança apresenta dificuldade para articular as palavras. Apresentava-se levemente hipocorado. Olhos sem secreções e ouvidos sem alterações. Narinas desobstruídas. Mucosa oral íntegra e levemente hipocorada. Eliminações vesicais e intestinais presentes e sem alterações. Nega náuseas e vômitos. Pai relatou que a criança está comendo menos que ultimamente, diminuiu seu apetite. Perda parcial de movimentos de MSD e MID. Nega presença de dor e câibra. De acordo com o pai, não há alterações de exames de sangue.

Sinais Vitais: T: 36°C; FC: 96 bpm; PA: 100/70mmHg

#### **5. Avaliação de Segundo Nível**

- Diminuição do apetite.
- Pele e mucosa levemente hipocorada.
- Punção em MSE.
- Ferida cirúrgica em processo de cicatrização em couro cabeludo.
- Perda parcial dos movimentos do MSD e MID.
- Dificuldade para articular as palavras.
- Falta de expressão dos sentimentos por parte da criança.

#### **6. Diagnóstico de Enfermagem**

- Alteração na nutrição: risco para menos que o corpo necessita.
- Coloração cutâneo-mucosa alterada, manifestada por palidez, secundária à doença de base.
- Integridade da pele prejudicada devido à punção venosa em MSE, com risco para infecção.

- Alteração dos movimentos de MSD e MID e dificuldade para articular as palavras relacionadas com a cirurgia.
- Alteração no processo familiar caracterizado pela ausência do pai para com os outros filhos

## **7. Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Ausência de distúrbio da imagem corporal.
- Manter o acesso venoso adequado evitando infecção no local.
- Melhorar condição nutricional.
- Diminuir/Amenizar as reações da cirurgia (perda parcial dos movimentos de MSD e MID e dificuldade para articular as palavras).
- Encorajar a criança a expressar seus sentimentos.

## **8. Planos**

- Permanecemos dispostas a ouvir a criança e seu pai.
- Esclarecemos algumas dúvidas a respeito da doença e tratamento.
- Orientamos sobre a importância da alimentação.
- Orientamos sobre a escovação dos dentes após as refeições e o uso de escovas com cerdas macias.
- Estimulamos o uso de bonés e protetor solar durante a exposição ao sol.
- Estimulamos a ingestão hídrica.
- Orientamos quanto aos efeitos colaterais mais comuns da quimioterapia e os cuidados necessários.
- Estimulamos a participação da criança na consulta, através de perguntas direcionadas a ela.

## **2ª consulta - O RETORNO**

### **3. Avaliação de primeiro nível**

Rubi veio ao ambulatório acompanhado pelo pai para receber quimioterapia.

Criança referiu sentir-se bem no momento. Houve uma melhora significativa da capacidade de movimentar os MSD e MID, e de articular as palavras. Estava hipocorado, sem queixas álgicas, com punção venosa em MSE. Cabelos bem distribuídos e em menor quantidade. Narinas desobstruídas. Pai afirmou que Rubi está se alimentando mais, está aceitando melhor os alimentos, aumento do apetite. Ainda aguardam o resultado de exames para avaliar se a criança irá realizar radioterapia. Eliminações vesicais e intestinais presentes e sem alterações.

### **4. Avaliação de Segundo Nível**

- Melhora da capacidade para movimentar MSD e MID.
- Melhora da capacidade de articular as palavras.
- Incisão cirúrgica cicatrizada em couro cabeludo.
- Diminuição da quantidade de cabelo.

### **5. Diagnóstico de Enfermagem**

- Integridade da pele prejudicada devido à punção venosa em MSE, com risco para infecção.

### **6. Avaliação**

Rubi mostrou ser uma criança tranqüila. Ainda permanece em fase de adaptação. Apresentou uma evolução significativa dos movimentos de MSD e MID e da capacidade de articular as palavras. Houve uma melhora do quadro nutricional.

Durante as consultas, foi possível estabelecer uma boa interação com Rubi e seu pai, sendo que eles apresentavam-se atentos e interessados nas orientações. Percebemos que a

religião e a fé que a família possui estão auxiliando no processo de adaptação. Toda a família acredita e aguarda a recuperação total de Rubi.

## **7. Próximas Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Manter o acesso venoso adequado evitando infecção no local.
- Ausência de distúrbio na imagem corporal.

## **8. Plano**

- Permanecemos dispostas a ouvir a criança e seu pai.
- Reforçamos a importância em manter uma alimentação saudável.
- Reforçamos a importância da higiene oral e corporal.
- Estimulamos o uso de bonés e protetores solas durante a exposição ao sol.
- Estimulamos a ingestão hídrica.

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ESMERALDA.**

### **1. Identificação**

Esmeralda, sexo feminino, 12 anos, branca, procedente de São Bento do Sul. Parou de estudar quando estava cursando o 3º ano do ensino fundamental devido à doença e ao tratamento. Filha de pais separados, tem 5 irmãs sendo que 4 delas moram com ela e a mãe.

Diagnóstico médico: Astrocitoma de apresentação cefálica e medular.

### **2. História da doença**

A mãe relatou que há 4 anos e meio Esmeralda começou a apresentar episódios de vômito em jato e fortes dores de cabeça. Após vários exames e constatar hidrocefalia foi submetida a uma cirurgia para colocação de cateter para drenagem de LCR (*shunt*

ventriculoperitoneal). Há 1 ano apresentou dificuldade de movimentos de membros inferiores, dores torácicas e episódios esporádicos de dispnéia, sendo então, encaminhada ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, onde recebeu o diagnóstico de astrocitoma de apresentação cefálica e medular e encontra-se em tratamento quimioterápico há 6 meses.

Esmeralda afirmou que ficou muito triste por ter parado de freqüentar a escola e que sente falta da rotina da casa anterior à doença. Relatou, também, que ficou desesperada quando o cabelo começou a cair.

### **3. Mudanças no estilo de vida**

Mãe afirmou que Esmeralda passou a comer bem menos do que comia antes do tratamento, mas ela procura oferecer uma dieta equilibrada com muitas frutas, verduras e legumes.

Uma mudança muito marcante para a criança, como citada anteriormente, foi ter de deixar as atividades escolares. Como faz uso de cadeira de rodas, já que não consegue mais andar, passou a praticar como única atividade de recreação a pintura de desenhos com lápis de cor.

### **4. Avaliação de Primeiro Nível**

Esmeralda permaneceu atenta durante a consulta, mas respondia em poucas palavras apenas ao que era questionada. Foi a mãe quem forneceu as informações durante a consulta e sempre complementava as respostas da criança. Esmeralda estava acompanhada pela mãe e pelo cunhado, marido de uma de suas irmãs.

Durante o exame físico verificou-se alopecia, mucosa ocular úmida, narinas sem secreção. Comissura labial E com lesão seca de aproximadamente 1cm de diâmetro, mas já havia sido medicada. Queixou-se de dor em região epigástrica. Perfusão periférica mantida. Musculatura de MMSS e II rígida. Grande dificuldade de extensão de MMSS. Equimoses presentes nos dorsos das mãos e antebraços. Presença de edema e movimentos involuntários em MMII. Pés sem movimentos com regiões plantares voltadas para dentro. Eliminação vesical com freqüência elevada, em quantidade média, de coloração amarelo claro. Eliminações intestinais uma vez ao dia, de consistência firme. Faz uso de fraldas. Ausência de vômitos. Sinais vitais: FC: 85bpm FR: 22mrpm PA: 100/ 60mmHg T: 36,4°C.

## **5. Avaliação de Segundo Nível**

- Falta de conhecimento sobre a doença.
- Queda de cabelo acentuada.
- Pele e mucosa levemente hipocorada.
- Halitose.
- Higiene oral insuficiente.
- Não verbalização dos sentimentos por parte da criança.
- Falta de atividade de recreação em casa.
- Auto-estima baixa.
- Falta de contato com crianças de sua idade.
- Falta de participação do pai no cuidado à criança.

## **6. Diagnóstico de Enfermagem**

- Alteração da mucosa oral manifestada por ressecamento e palidez.
- Integridade da pele prejudicada devido às punções venosas em MMSS.
- Déficit de conhecimento sobre o diagnóstico médico.
- Alteração dos movimentos dos MMSS e II.
- Alteração da imagem corporal devido à alopecia.
- Dor aguda em região epigástrica.

## **7. Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Manter o acesso venoso adequado evitando infecção no local.
- Aquisição de conhecimento sobre a doença.
- Aumento da socialização.
- Encorajar a criança a verbalizar seus sentimentos.
- Estabelecer hábitos de higiene oral mais efetivos.
- Manter os lábios umedecidos.
- Esclarecer a mãe e a criança sobre os cuidados que devem ser mantidos fora do ambiente hospitalar.

## **8. Planos**

- Permanecemos dispostas a ouvir a criança e seus familiares.
- Esclarecemos algumas dúvidas a respeito da doença e do tratamento.
- Orientamos quanto aos alimentos que podem ser ingeridos e aqueles que devem ser evitados durante o tratamento.
- Orientamos a escovação dos dentes após as refeições explicando a importância de uma boa higiene oral, principalmente durante o tratamento.
- Estimulamos o uso de chapéu e protetor solar durante a exposição ao sol.
- Estimulamos a ingestão hídrica.
- Incentivamos a criança a realizar atividades como leituras, jogos educativos, quebra-cabeças, etc.
- Elogiamos os desenhos realizados pela criança.
- Orientamos a criança e sua mãe a realizar alongamento dos MMSS e II.
- Orientamos quanto a importância da regularidade do tratamento.

## **2ª Consulta – Retorno**

### **3. Avaliação de primeiro nível**

Esmeralda chegou ao ambulatório acompanhada de uma de suas irmãs e do cunhado, o qual afirmou que a mãe da criança não estava presente por estar com problemas de saúde, com muita dor de cabeça, mas não soube informar o que exatamente ela tinha. Criança apresentou-se cansada, abatida e apreensiva.

Estava hipocorada. Mucosa ocular levemente úmida. Permeabilidade nasal mantida livre de secreção. Presença de lesões em lábios superior e inferior com grandes bolhas contendo sangue ressecado. O cunhado afirmou que havia sido medicada com Aciclovir e Oncilom - A. Criança afirmou que sentia dor nos lábios apenas ao escovar os dentes. Quando questionada a respeito de sua alimentação relatou que estava comendo bem, mas quando questionamos sua irmã sobre o assunto ela nos contou que fazia uma semana que Esmeralda não se alimentava. Presença de tremores de MMSS. Permanece com movimentos

involuntários de MMSS e II e começou a apresentar movimentos involuntários também de tronco, inclinando-se para frente. MMII edemaciados. Eliminações vesicais em média quantidade e intestinais uma vez ao dia em dias alternados. Continua fazendo uso de fraldas. Relatou não ter ocorrido episódio de vômito. Sinais Vitais: FC: 86bpm FR: 20mrpm PA: 90/ 60mmHg T: 36,3°C.

#### **4. Avaliação de Segundo Nível**

- Pele e mucosa hipocoradas.
- Pouca interação.
- Não verbalização dos sentimentos.
- Punção em MSD.
- Higiene oral insuficiente.
- Falta de participação da mãe durante o tratamento.
- Desânimo diante do tratamento.
- Prostração.

#### **5. Diagnóstico de Enfermagem**

- Alteração da integridade cutânea labial causada por falta de alimentação durante o período de uma semana associada a baixa imunidade.
- Alteração na nutrição: risco para menos do que o corpo necessita.
- Coloração cutâneo-mucosa alterada, manifestada por palidez, secundária à doença de base.
- Risco para infecção.
- Enfrentamento individual ineficaz.
- Alteração dos movimentos dos MMSS e II e do tronco.

#### **6 . Avaliação**

As mudanças entre a primeira consulta e a segunda foram perceptíveis. A criança estava muito mais quieta e abatida, com desânimo nítido na segunda consulta.

A piora da lesão labial evidenciou um efeito colateral da quimioterapia, que foi agravado pela falta de alimentação.

No momento da primeira consulta de enfermagem a mãe demonstrou ser muito cuidadosa e preocupada com o bem estar da filha, prestando atenção nas orientações, concordando e afirmando que oferecia uma alimentação equilibrada à criança, tendo consciência de sua importância naquele momento. Porém, as condições da situação encontrada na consulta de retorno evidenciavam a falta de aceitação ou inexistência dessa alimentação equilibrada e que Esmeralda escondia que não estava comendo, bem como o porquê de não estar comendo, já que continuava afirmando que tinha se alimentado muito bem durante as últimas semanas. As orientações realizadas na consulta de retorno à criança e à sua irmã, que estava como acompanhante, tiveram muito efeito. Isso ficou comprovado quando foi possível ter um terceiro contato com Esmeralda (desta vez acompanhada pela mãe) enquanto ela recebia quimioterapia, já que desta vez estava com aparência bem melhor, sorridente e as lesões labiais haviam sumido.

## **7. Metas**

- Atingir o nível ótimo de adaptação.
- Manter cuidados com lesões labiais, de higiene e administração de medicamentos.
- Manter lábios umedecidos.
- Melhorar a condição nutricional.
- Obter adaptação familiar.
- Encorajar a participação da mãe durante o tratamento.
- Melhorar o relacionamento familiar encorajando a verbalização dos sentimentos.
- Aumento da socialização.

## **8. Planos**

- Orientamos a realização de higiene oral, pelo menos, com bochechos enquanto permanecerem as lesões labiais.
- Estimulamos a ingesta alimentar, explicando a importância de uma alimentação adequada neste momento.
- Estimulamos a ingesta hídrica.

- Estimulamos a expressar seus sentimentos verbalmente.
- Orientamos os familiares/acompanhantes quanto aos cuidados com as lesões labiais.

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE TOPÁZIO**

### **1. Identificação**

Topázio, sexo masculino, 11 anos, negro, natural e procedente de São João Batista-SC. Cursa a quinta série do ensino fundamental. Mora com os pais, três irmãos e com o avô materno.

Diagnóstico médico: Osteossarcoma.

### **2. História da doença**

A doença foi descoberta em julho de 2006, de acordo com a mãe, Topázio, passou a apresentar dor intensa em MIE, emagrecimento, indisposição, fadiga e prostração. Levado ao HIJG; mãe e filho foram informados do diagnóstico e no dia 05/08, deu-se início ao tratamento.

### **3. Mudanças no estilo de vida**

Mãe referiu que Topázio mantinha uma vida tranqüila, brincava com os amigos e freqüentava a escola, alimentava-se bem, com uma dieta composta por arroz, feijão e verduras, optando preferencialmente, pelos alimentos fritos, condimentados e gordurosos. Tomava refrigerante em excesso.

Não apresentava alterações nas eliminações.

### **4. Avaliação de Primeiro Nível**

Topázio, no primeiro contato ficou em silêncio, inquieto e esboçando irritação, permanecendo de cabeça baixa. Sua mãe foi altamente receptiva, comunicativa e sorridente, a mesma estimulava a criança a participar da conversa.

Em alguns momentos, Topázio esboçava um sorriso, mesmo que escondido atrás de um pano que carregava nas mãos. A criança se mantinha alheia e dispersa, porém apresentava-se consciente de seu diagnóstico, já que a mãe constantemente referia que ele já sabia de seu quadro e que toda a família, incluindo a criança, discutia em casa sobre o assunto, abordando temas como a doença, tratamento e seus efeitos colaterais.

Apresentava-se hipocorado, afebril, com temperatura de 36°C. Olhos pouco encovados, brilhosos, ausência de secreção. Ausência de secreção. Boa permeabilidade nasal. FR igual a 24mm. Mucosite em mucosa oral. Mãe referiu que criança se alimentava bem. Relatou que Topázio apresentava náuseas e vômitos após quimioterapia. Sem queixas álgicas, musculatura eutrófica, punção em MSD, FC igual a 80 bpm. Eliminações vesicais e intestinais presentes e sem alterações.

## **5. Avaliação de Segundo Nível**

- Punção em MSD
- Indiferença aparente
- Prostração
- Não verbalização de sentimentos
- Náuseas/vômitos
- Mucosite
- Hipocorado
- Emagrecimento

## **6. Diagnóstico de Enfermagem**

- Risco para infecção
- Adaptação ineficaz relacionada com o diagnóstico e tratamento
- Pouca interação social caracterizada pela alteração de humor
- Alteração da mucosa-oral evidenciada por mucosite, relacionada à quimioterapia.
- Coloração cutâneo-mucosa alterada, caracterizada por palidez facial.
- Alteração na nutrição: risco para menos que o corpo precisa
- Alteração no processo familiar caracterizado pela ausência da mãe para com os outros filhos

## 7. Metas

- Atingir um nível ótimo de adaptação
- Minimizar o estresse gerado pela doença e tratamento
- Aumento da socialização
- Encorajar a criança a verbalizar seus sentimentos
- Descontrair a criança
- Manter adequadamente acesso venoso, a fim de evitar infecção.
- Melhorar a condição nutricional
- Contribuir para o alcance do peso adequado para a idade

## 8. Planos

- Orientados quanto à dieta adequada para quimioterapia.
- Orientados quanto à importância da higiene oral e corporal
- Criança estimulada a verbalizar seus sentimentos verbalmente.
- Estimulado a ingesta hídrica
- Orientados sobre os cuidados com pele, quanto à importância de protetores para cabeça, como chapéus e bonés.
- Fornecidas as informações sobre a importância da presença de objetos pessoais que tenham significado afetivo, como fotos.

## 2ª Consulta – O RETORNO

### 3. Avaliação de primeiro nível

Topázio foi ao ambulatório para realizar mais uma sessão de quimioterapia acompanhada pela mãe, apresentava-se hipocorada. Musculatura eutrófica,. Olhos pouco encovados e úmidos. Com punção venosa em MSD. Boa permeabilidade nasal e sem secreção. Presença de mucosite em lábios, sendo resultado da última sessão com Metrotexato. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Mãe relatou que criança permanece nauseada

após quimioterapia. Sinais Vitais: FC: 83bpm FR: 24mrpm PA: 100/ 80mmHg T: 36,5°C. Topázio passou a responder aos questionamentos, conversando um pouco mais sobre o seu diagnóstico. Colaborativo ao exame físico, apresentando-se mais disposto e sorridente. Visível aumento de peso, porém permanece abaixo do ideal.

#### **4. Avaliação de Segundo Nível**

- Punção em MSD
- Náuseas/vômitos
- Mucosite
- Hipocorado
- Significativo aumento de peso
- Comunicativo
- Receptivo e participativo

#### **5. Diagnóstico de Enfermagem**

- Risco para infecção.
- Alteração da mucosa-oral evidenciada por mucosite, relacionada à quimioterapia.
- Coloração cutâneo-mucosa alterada, caracterizada por palidez facial.
- Alteração na nutrição: risco para menos que o corpo precisa.
- Alteração no processo familiar caracterizado pela ausência da mãe para com os outros filhos.
- Maior interação social caracterizada pela maior participação na consulta de enfermagem
- Aumento da socialização

#### **6. Avaliação**

Topázio era uma criança retraída e fechada aos contatos, não gostava de conversar e mantinha-se disperso, alheio, tornando os primeiros dias difíceis. Não respondia às perguntas e não participava das atividades recreativas, sempre disperso. No dia 08/11 ele participou da oficina e começou a interagir, apresentando momentos de alegria. Aproveitamos rapidamente

o espaço cedido e começamos a estimulá-lo a verbalizar seus sentimentos, sempre com a presença da mãe. Ao transcorrer do estágio, a criança passou a nos receber com sorrisos, participando das atividades e respondendo aos questionamentos.

Topázio sofria com os efeitos colaterais da quimioterapia, sendo os mais comuns, enjoos, náuseas e a mucosite, o que o impedia de comer, favorecendo o seu emagrecimento. Com a oficina da alimentação, a consulta de enfermagem e a elaboração do folder educativo Topázio e sua mãe começaram a introduzir no seu cotidiano, alimentos que amenizavam os efeitos adversos.

Na consulta de retorno (27/11/06), ele já respondia sem precisar ser encorajado, estando mais presente na conversa, demonstrando alegria, sorrindo e mostrando os desenhos que havia realizando.

Observamos que nossas orientações, dentro das intervenções de enfermagem, estimularam a criança a ser mais presente, não só com a mãe, mas com as outras pessoas presentes no setor, percebemos que ocorreu uma evolução comportamental, tornando Topázio mais doce e carinhoso, além disso, a criança apresentou um aumento de peso significativo, 1,5 Kg.

Os resultados foram bons, já que o trabalho ajudou na adaptação positiva da criança e de sua mãe frente ao diagnóstico.

Topázio permanece em tratamento

## **7. Próximas Metas**

- Aceitação do diagnóstico e tratamento
- Atingir um nível ótimo de adaptação
- Manter o aumento da socialização
- Encorajar a criança a continuar verbalizando seus sentimentos
- Manter criança descontraída
- Manter adequadamente acesso venoso, a fim de evitar infecção.
- Melhorar a condição nutricional
- Contribuir para o alcance do peso adequado para a idade
- Manter cuidados com lesões labiais, de higiene e administração de medicamentos.
- Manter lábios umedecidos.

## **8. Planos**

- Reforçadas as orientações quanto à dieta adequada para quimioterapia.
- Estimulamos a ingesta alimentar adequada, principalmente, em caso de mucosite.
- Orientados quanto à importância da higiene oral e corporal
- Criança estimulada a verbalizar seus sentimentos .
- Enfocado a importância da ingesta hídrica
- Reforçadas sobre os cuidados com pele, quanto à importância de protetores para cabeça, como chapéus e bonés.
- Fornecidas as informações sobre a importância da presença de objetos pessoais que tenham significado afetivo, como fotos.

### **Dificuldades/Facilidades de Adaptação da Criança/ Família diante do Processo de Adoecimento e Tratamento**

Durante o período em que convivemos com as famílias e com as crianças, constatamos que as dificuldades e facilidades de adaptação diferem de acordo com fatores enumerados a seguir, o que interfere diretamente no processo de adoecimento e tratamento.

#### **-A faixa etária da criança;**

Esta pode ser considerada como um fator que influencia no comportamento da criança. Observamos que as crianças menores, com idade inferior a 3 anos, não conseguiam assimilar diretamente a doença e seu tratamento, porém conviviam harmoniosamente com as demais crianças e com os profissionais, realizando práticas lúdicas e recreativas. Essas conseguiam compreender que estavam doentes e que realizavam um tratamento, que é longo, doloroso e triste, já que muitas captavam as tristezas transmitidas de seus familiares/acompanhantes,

entretanto não associavam a doença em questão com outras situações estressantes como a morte.

No caso de crianças maiores, entre 4-10 anos, notamos que estas demonstravam uma certa maturidade sobre o tema, conseguiam distinguir o seu tratamento, identificavam o nome da doença e da medicação do dia. Chamavam os profissionais do setor pelos seus nomes ou pelos apelidos.

As crianças na pré - adolescência passavam a participar mais ativamente dos processos de adoecimento e tratamento, por vezes, questionavam as condutas da equipe que prestava os cuidados e aos seus próprios pais; agiam com maior naturalidade e relatavam a própria história de vida.

### **-Comportamento do familiar acompanhante-cuidador;**

Compreendemos que as crianças possuíam uma sensibilidade muito aguçada, observamos que estas captavam quando seus familiares/acompanhantes estavam tristes, angustiados ou ainda, não integrados ao meio.

Notamos que os pais que conseguiam lidar melhor com seus sentimentos principalmente os de culpa, raiva e frustração, conseguiam transmitir confiança à criança, e conseqüentemente, estas se sentiam dispostas a realizar seu tratamento.

Familiares/acompanhantes que eram mais participativos e comunicativos com os membros da equipe e com demais familiares presentes no setor, mantinham um relacionamento mais saudável com os seus filhos proporcionando uma maior adaptação.

Com isso, concluímos que os sentimentos demonstrados pelos familiares/acompanhantes podem ser denominados como estímulos, que de acordo com a teoria de Roy, estímulo seria tudo aquilo que provoca uma resposta no indivíduo, seja ele positiva ou não, gerando mecanismos de enfrentamento.

### **-A participação da criança no seu processo de adoecimento;**

Identificamos que as crianças que conseguiam enfrentar a sua doença de maneira positiva foram aqueles que eram previamente orientadas quanto ao seu diagnóstico e

tratamento, pois precocemente, já estavam sendo estimuladas a participarem de sua recuperação de forma ativa e consciente. De acordo com os relatos de algumas crianças, estas já entrando na adolescência, a revelação da doença, fez com que as mesmas se tornassem mais presentes, o que favorecia a construção de laços de confiança com a equipe e com familiares/acompanhantes.

Percebemos que a revelação da doença deve ser feita pelo indivíduo mais próximo da criança, aquele com que a criança se identifica e que mantenha uma relação sólida. Normalmente, os pais são as pessoas mais indicadas.

Os pais tornaram-se peças importantes, sendo associados a instrumentos facilitadores, que de acordo com Roy criam mecanismos de enfrentamentos capazes de gerar condições que afetem o desenvolvimento e o comportamento da criança.

#### **-Grau instrução do familiar acompanhante-cuidador;**

Pais com um menor nível cultural, possuíam dificuldades em compreender a doença de seus filhos, refletindo diretamente no tratamento da criança. Familiares/acompanhantes com melhores condições socioeconômicas e culturais eram participativos, pois tinham um maior entendimento sobre o câncer e seus efeitos.

Comprendemos que existem outros fatores que atuam sobre a criança, porém acreditamos que os assuntos abordados tenham tido maior impacto e influenciaram o processo adaptativo.

#### **Avaliação:**

Este objetivo foi alcançado a partir da participação da supervisora, na construção, aplicação e avaliação dos instrumentos de consulta, junto às crianças e seu familiar/acompanhante.

## 6.4 Objetivo 4

*Participar das atividades técnico-administrativas do ambulatório;*

Para alcançar este objetivo estabelecemos como estratégias: conhecer a rotina e o funcionamento do ambulatório oncológico; conhecer as atividades técnico-administrativas desenvolvidas pela enfermeira; realizar, junto com a enfermeira supervisora, as atividades técnico-administrativas; Compartilhar com a equipe de enfermagem conhecimentos na área Oncológica Pediátrica.

Nos primeiros dias de estágio ficamos observando como ocorria a rotina e o funcionamento do Ambulatório, embora já conhecêssemos o horário e algumas rotinas que foram previamente relatados pela supervisora. Acompanhamos o fluxograma dos pacientes, bem como todas as rotinas da unidade. Também observamos e conhecemos todos os profissionais, suas respectivas funções e atividades, compreendendo ainda mais o funcionamento do AOP e sua importância no tratamento da criança.

Acompanhamos as atividades da enfermeira durante todo nosso estágio. Observamos os procedimentos realizados pela mesma, como a punção e lavagem do cateter totalmente implantável, técnica exclusiva do enfermeiro, assim como punção de acesso venoso periférico, administração de quimioterapia, entre outros procedimentos realizados no ambulatório. Também acompanhamos atividades administrativas, como a internação de crianças na unidade de oncohematológica, entrega de medicamentos para pacientes que serão utilizados no domicílio, organização da unidade, organização do carrinho de emergência e formação de escala de férias dos funcionários, entre outras atividades.

Durante a realização de nossa prática assistencial tivemos a oportunidade de realizar procedimentos de enfermagem como: punção de acesso venoso periférico, punção e lavagem de cateter totalmente implantável, administração de quimioterápicos e outros medicamentos, retirada do dispositivo que punciona o cateter, retirada do acesso venoso, curativo de ferida causada por extravasamento de quimioterápico, lavagem do acesso periférico, diluições de medicamentos preparados na pré-sala, auxílio na punção lombar e verificação de sinais vitais. Estas atividades foram acompanhadas pela nossa supervisora e pela equipe de Enfermagem, os quais nos auxiliaram e orientaram quanto à realização dos procedimentos, contribuindo para o alcance desse objetivo e aprimoramento de nossa prática.

Além das atividades técnicas, também realizamos outras atividades como: a confecção de um mural de aniversário dos funcionários (Apêndice O); organização do mural da copa; organização da sala de enfermagem, onde recolhemos todos os medicamentos dos consultórios médicos que são prescritos para os pacientes levarem para casa e organizamos em dois armários.

Com a solicitação de nossa supervisora, verificamos o carrinho de emergência. Visto que o mesmo apresentava falta de alguns materiais e medicamentos, juntamente com a enfermeira, reorganizamos o carrinho, adicionando os materiais e medicamentos em falta e elaboramos um instrumento contendo todos os materiais e suas respectivas quantidades e fixamos ao lado do carro de emergência para facilitar a verificação dos itens pelos funcionários, que ocorre uma vez ao mês.

Também auxiliamos nossa supervisora na montagem de dois *Kits* de Acidente de Derramamento. Um foi colocado na sala de administração de quimioterápicos e o outro na pré-sala. Cada kit continha luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição de procedimento e o formulário para o registro do acidente, recipiente identificado para recolhimento dos resíduos. O Ambulatório segue o protocolo de derramamento (Anexo F) da Anvisa. Elaboramos um formulário de notificação de acidente de derramamento com auxílio da enfermeira (Apêndice P). Uma cópia ficava junto com cada Kit. Este formulário contém os dados de quem sofreu o acidente, os dados do medicamento, descrição do acidente, dados do último e do próximo exame de sangue, informações adicionais e dados do notificador. No verso do formulário, foi inserida a norma de biossegurança, com o objetivo de orientar o notificador a realizar os procedimentos necessários em cada tipo de acidente. Em caso de acidente, esta notificação deve ser preenchida e encaminhada para CCIH e posteriormente para vigilância sanitária.

Montamos um manual de normas, rotinas e atribuições dos profissionais do Ambulatório juntamente com a supervisora. O manual contém as normas do Ambulatório, as rotinas dos funcionários e pacientes, rotina de acidente de trabalho, os cuidados na preparação e na administração dos agentes quimioterápicos, a descrição e cuidados de procedimentos realizados no setor (cateter venoso central de longa permanência totalmente implantado retirada do cateter venoso central, procedimentos para manutenção e coleta de sangue e punção lombar), revisão de literatura contendo as neoplasias mais comuns na infância e na adolescência e sobre a quimioterapia, os protocolos de tratamento específico de cada

diagnóstico, as quimioterapias utilizadas pela unidade e as atribuições de todos os profissionais que atuam no AOP.

Nas últimas semanas de nossa prática assistencial estava ocorrendo nas unidades do HIJG um treinamento dos funcionários para manuseio de Bombas de Infusão. Visto que o AOP não iria receber essa instrução, solicitamos na CELEC (Centro Local da Engenharia Clínica) que a funcionária viesse realizá-lo no Ambulatório. Enviamos a lista dos interessados e então foi realizado este treinamento. Foram divididos em duas turmas, a primeira iniciou às 08h e a segunda iniciou às 10h. O treinamento foi muito importante para a unidade, já que os funcionários estavam iniciando a utilização das bombas de infusão na administração de quimioterapia.

No decorrer do estágio, procuramos compartilhar conhecimentos com a equipe de enfermagem na Área Oncológica Pediátrica através de conversas e discussões de casos da evolução e tratamento de algumas crianças. Alguns funcionários também nos ensinaram e orientaram quanto a diagnósticos e o específico tratamento, os cuidados necessários com a criança abrangendo o que já havíamos estudado e aplicando na prática a teoria.

#### **Avaliação:**

O alcance desse objetivo foi possível pelo apoio da equipe de enfermagem, especialmente da supervisora, a qual nos deu abertura para realizarmos atividades práticas e administrativas, nos auxiliando e orientando quando necessário e também pelo apoio e auxílio de toda a equipe multidisciplinar. A aceitação por parte das crianças e seus familiares acompanhantes quanto à realização de nossas atividades no setor também foi fundamental para que pudéssemos aprimorar nossos conhecimentos, proporcionando crescimento profissional e pessoal.

#### **6.5 Objetivo 5:**

*Ampliar conhecimentos teórico-práticos na área de Enfermagem Oncológica Pediátrica;*

Para tanto tínhamos como estratégias: participar de eventos relacionados à área de Oncologia; realizar, junto com a equipe de enfermagem, os cuidados diretos às crianças e seus familiares/acompanhantes; ampliar a revisão de literatura; visitar outras instituições que realizem tratamento quimioterápico; promover I Seminário de Enfermagem em Oncologia Pediátrica.

Participamos do Simpósio de “Doenças Auto-ímmunes, Anticorpos Monoclonais e Transplante Autólogo” realizado pelo Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) no dia 27 de outubro de 2006. (Anexo G)

O programa do Simpósio era o seguinte:

14:00 – 14:10 → Abertura

14:10 – 14:40 → “Esclerose Múltipla, uma visão atualizada”.

14:40 – 15:10 → “Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoiéticas em Doenças Auto-ímmunes – Aspectos Gerais”.

15:10 – 15:40 → “Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoiéticas em Esclerose Múltipla”.

15:40 – 15:50 → Debate

15:50 – 16:10 → Coffee-break

16:10 – 16:40 → “RITUXIMABE – Aspectos Farmacológicos e Aplicação Clínica”.

16:40 – 17:10 → “RITUXIMABE – Indicação nas Doenças Auto-ímmunes Hematológicas”.

17:10 – 17:40 → “RITUXIMABE – Indicações na Artrite Reumatóide”.

17:40 – 17:50 → Debate

17:50 – 18:00 → Encerramento

Durante todo o estágio, procuramos estar acompanhando e realizando os cuidados diretos às crianças e seus familiares/acompanhantes. Isso foi possível por haver apenas uma sala para realização das consultas de enfermagem, ou seja, enquanto uma de nós estava em consulta, as outras três permaneciam no salão de quimioterapia ou em outros locais do ambulatório realizando procedimentos técnicos de enfermagem, proporcionando conforto às crianças e seus familiares/acompanhantes, conversando com eles e fornecendo orientações.

A ampliação da revisão de literatura se deu à medida que foram surgindo necessidades de conhecimento teórico mais aprofundado em relação à Oncologia Pediátrica além do conteúdo que já constava em nosso projeto de prática assistencial.

Foram acrescentados em nossa revisão de literatura os seguintes temas: Sarcoma de Ewing, Tumores do SNC (Meduloblastoma, Astrocitoma, Tumores do Tronco Cerebral,

Ependiomas, Tumores de Células Germinativas e Tumores do Plexo Coróide) e a Dor no Câncer.

### **Unidade de Quimioterapia do Hospital Universitário (HU)**

No dia 23 de novembro de 2006 realizamos uma visita à Unidade de Quimioterapia do Hospital Universitário de Florianópolis – SC. Essa Unidade localiza-se no Ambulatório, entre a Seção de Cardiologia e a Emergência Pediátrica, onde funciona desde setembro de 1993.

Agendamos a visita por telefone diretamente com a Enfermeira responsável pelo setor de quimioterapia, uma das enfermeiras responsáveis pela Unidade. Foi ela mesma quem nos recebeu no dia, nos mostrou o espaço físico e forneceu informações sobre o funcionamento do local.

A Unidade de Quimioterapia funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 13 horas, e conta com uma equipe formada por 2 enfermeiras, 1 farmacêutica, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem e 1 bolsista que atua como escriturária.

O atendimento se dá a pacientes da oncohematologia e da reumatologia. Algumas vezes, realizam também o preparo de quimioterapia para os pacientes da oncologia que estão internados no Hospital Universitário.

A área física é composta por 1 copa, 1 expurgo que também funciona como rouparia, 1 sala de preparo de medicação onde existe uma capela de fluxo laminar para preparo de quimioterápicos, 1 sala pequena com uma maca e 1 sala, pouco maior, com 6 cadeiras e 5 bombas de infusão.

O local é realmente muito pequeno, não oferecendo condições adequadas às atividades realizadas ali. Os pacientes ficam a cerca de 30cm uns dos outros enquanto estão recebendo a medicação, o que representa alto risco para os pacientes imunodeprimidos. A capela funcionando dentro do mesmo local de preparo de outras medicações e localizado muito próximo aos pacientes oferece perigo à saúde não só dos pacientes como também à dos funcionários. Sendo assim, existe um projeto de reforma em que a Unidade será ampliada em direção à Seção de Cardiologia, mas ainda não há previsão de início das obras.

## **I Seminário de Enfermagem em Oncologia Pediátrica**

A realização do I Seminário de Enfermagem em Oncologia Pediátrica não estava previsto em nosso projeto, contudo esta idéia surgiu na banca e posteriormente em nossos encontros com a orientadora. Desta forma fizemos um evento realizado no dia 06 de fevereiro de 2007 com o título de I Seminário de Enfermagem em Oncologia Pediátrica, das 14 às 18 horas, no auditório do Hospital Universitário. (cartaz de divulgação em Apêndice Q)

O Seminário seguiu com a seguinte programação:

14:00 → Cerimônia de abertura.

14:15 → “Câncer Infantil: Desafios e Perspectivas” - Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza.

14:45 → “Consulta de Enfermagem em Ambulatório Oncológico Pediátrico” – Acadêmicas de Enfermagem da UFSC: Aline F. da Rosa, Carolina d’Ávila, Juliana Mendes e Sílvia Kitahara.

15:10 → “A Enfermagem em Unidade de Internação Oncohematológica Pediátrica” - Msc. Rosângela Inês Wayhs.

15:40 → Coffee-Break

16:00 → “O Papel da Enfermeira no Ambulatório Oncológico Pediátrico” - Enf<sup>a</sup>. Lori Inês Costa.

16:30 → “Cuidando do Cuidador” - Dr<sup>a</sup>. Vera Radünz.

17:00 → “O Cuidado Humanizado em Oncologia Pediátrica: O Cuidado de Enfermagem” – Dda. Laura Cristina da Silva e acadêmicas de Enfermagem da UNISUL: Elisabeth Borgondini e Roberta Cristina.

17:30 → “Cuidados com cateter totalmente implantável” - Msc. Rosângela Inês Wayhs.

18:00 → Encerramento.

### **Avaliação:**

Acreditamos que este objetivo foi alcançado através do crescimento intelectual, conhecimento e aperfeiçoamento específico obtidos durante a prática assistencial, compartilhando com os demais profissionais do ambulatório, ampliando a revisão de literatura, participando do Simpósio realizado pelo CEPON e promovendo um I Seminário na área de Oncologia Pediátrica.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho, desde a elaboração do projeto até a prática assistencial foi um imenso desafio, pois trabalhar com a temática “Câncer: construindo caminhos para o cuidado à criança e família em regime ambulatorial”, era algo inusitado para o grupo, já que nossos interesses pessoais não iam ao encontro deste assunto.

Desde o início, acreditávamos que trabalhar com o assunto seria extremamente difícil e doloroso, porém, sabíamos que a temática nos proporcionaria experiências nunca antes vivenciadas e o quanto seria engrandecedor para nossas futuras carreiras profissionais. Por isso, resolvemos abraçar a idéia e trabalhar na construção e no desenvolvimento do projeto.

Outro fator que nos fez acreditar que valeria a pena enfrentar este obstáculo foi confirmação da Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza que gentilmente aceitou o convite de nos orientar durante o estágio, com isso, nos sentimos confiantes, pois sabíamos que teríamos o melhor respaldo científico. Além disso, tivemos total aceitação da supervisora do local de estágio, Enf<sup>a</sup>. Lori Inez Costa que abriu as portas da unidade e da Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vera Radünz que também acreditou no potencial do projeto.

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de conhecermos as mais diversas realidades, com isso, passamos a compreender o ser humano em sua totalidade, respeitando a sua história de vida e o contexto no qual está inserido. No transcorrer, passamos a repensar nas posturas que tínhamos enquanto pessoas, percebendo que não poderíamos adquirir uma conduta julgadora, e que para tanto é fundamental trabalharmos pautados na ética e respeito.

Verificamos as mais diferentes situações, nos deparando com uma realidade nada agradável, por vezes, muito distante de nosso meio de vida, contudo, foram estas situações que nos fizeram aprender e repensar qual é o real papel do Enfermeiro.

De acordo com Waldow (1998), a Enfermagem é uma disciplina, ou seja, uma área de conhecimento caracterizada pelo seu aspecto prático. É, entretanto, uma profissão que lida com ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica, e suas aspirações espirituais.

Para Leopardi (1999, p.48),

Enfermagem é uma atividade de cuidado aos seres humanos e, como processo de trabalho, tem um objetivo e uma direção. Tem uma finalidade de trabalho que ao ser caracterizado define a tendência de sua ação. Tais afirmações significam que a prática de enfermagem revela mais do que apenas um fazer técnico, revela a origem e consequência deste fazer.

Com isso, concluímos que o cuidado ao indivíduo engloba aspectos bio-psico-socio-espirituais, contendo ações que visem à promoção e recuperação da saúde, respeitando as individualidades. Por isso, passamos a não só observar, mas também, a vivenciar as situações, passando por um processo contínuo de adaptação, sendo este compartilhado com a clientela e equipe de enfermagem. Através da teoria de Roy, o grupo pôde constatar que as crianças da área oncológica são indivíduos únicos e especiais, e encontram-se em constante mutação, sendo diariamente bombardeadas de estímulos oriundos do meio em que vivem, dos seus cuidadores, da própria história de vida, das demais pessoas que estão envolvidas direta ou indiretamente com os processos de adoecimento e tratamento, que por sua vez, geram respostas, tanto positivas como negativas, que interferem nas ações e no comportamento não só da criança, mas de todo o núcleo familiar.

A percepção que tivemos da unidade é a de que, embora hajam importantes aspectos do cuidado sendo desenvolvidos, ainda é necessário ampliá-los em alguns aspectos, em especial no que se refere aos registros e anotações. Ao implantarmos temporariamente a consulta de enfermagem, notamos que os funcionários, incluindo a Enfermeira do setor, sentem que é fundamental a existência de um trabalho mais forte e ativo com as crianças e seus familiares/acompanhantes, trabalho esse que tem por finalidade conhecer profundamente a história do paciente, acompanhando seu quadro e sua evolução, incluindo a família. Esta atividade, de certa forma, amplia a visibilidade do papel do Enfermeiro e sedimenta caminhos para a integração com a clientela, fortalecendo laços entre a criança e a equipe de enfermagem.

Para Silva (1998), a consulta de Enfermagem está regulamentada como uma atividade privativa do enfermeiro e é parte integrante do exercício profissional, portanto há necessidade de ser exercitada nos locais onde haja possibilidade para sua realização. Compreendemos, neste contexto a necessidade da instituição ampliar o quadro de enfermeiros, em especial no AOP, para que as atividades ao serem distribuídas permitam a implantação, de forma efetiva, da consulta de enfermagem. De outra forma, pensamos que mesmo na ausência de maior número de enfermeiros, talvez haja a possibilidade de redimensionamento das atividades do enfermeiro no AOP para que este consiga criar espaços para a realização das consultas a partir de um fluxograma que lhe permita atender as demandas das outras instâncias de atuação no local.

Por isso, enquanto futuras Enfermeiras acreditamos que a Enfermagem não pode ser privada de suas reais atribuições. A consulta de enfermagem, por exemplo, é uma atividade específica da Enfermeira e que faz parte do cuidado ao paciente. É importante ressaltar que o

trabalho de conclusão de curso, não ficou preso somente à consulta, outros caminhos foram criados; como as oficinas educativas, todas voltadas para as necessidades da clientela; atividades recreativas, que permitiam uma maior aproximação e entretenimento para a criança e seu familiar/acompanhante; elaboração de folders e cartazes educativos; visita a outra instituição (Hospital Universitário); participação de eventos; Realização do I Seminário de Enfermagem em Oncologia Pediátrica; além dos cuidados integrais para com a criança, através da realização de algumas técnicas de enfermagem. Todas estas atividades além de aumentar nosso conhecimento e experiência nos permitiram vislumbrar caminhos que contribuem para a ampliação do que pode ser saudável frente ao processo de adoecimento e tratamento, mesmo se tratando de uma doença como o câncer.

Esperamos que o trabalho e a prática assistencial tenham contribuído para o desenvolvimento não só do grupo, mas da unidade e funcionários, e principalmente das crianças e seus familiares acompanhantes que em nós depositaram total confiabilidade.

E, finalmente, vale enfatizar que esta experiência para nós foi única e acreditamos que servirá de base para outros projetos futuros.

## 8. REFERÊNCIAS

BERNARDO, Cecília de Lourdes E.: O papel da Enfermagem. In: DRUMMOND, José Paulo. **Dor Aguda: Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, p.171-212.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **O que causa o câncer**. Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=81](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81). Acesso em 15/09/2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Particularidades do Câncer Infantil**. Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=343](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343)> Acesso em 15/09/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Alívio da Dor no Câncer**. Brasília: 1991.

BRUNER, S.L & SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** 7 ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1994. (Smeltzer & Bare).

CAMARGO, Beatriz de; LOPES, Luiz Fernando. **Pediatria Oncológica: noções e fundamentos para o pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000.

CARVALHO, Gisele Pereira de; LEONE, Luciane Pons Di; BRUNETTO, Algemir Lunardi. **O Cuidado de Enfermagem em Oncologia Pediátrica**. Porto Alegre. Disponível em <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc>. Acesso em 15/09/2006.

CASTRO, E.K. **Implicações da Doença Orgânica na Infância para as Relações Familiares: algumas questões Teóricas**. Rio Grande do Sul. Artigo baseado em parte da dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

COSTA, Juliana Martins; SILVA, Mariana Zabotti da. **Vivenciando com a criança e seu acompanhante a adaptação ao diagnóstico de câncer: desafios para o cuidar**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em enfermagem) – Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

COSTA, Luiz Carlos; COSTA, Renata E. Lima Franco. Central de Quimioterapia: Aspectos básicos de gerenciamento. **Rev. da Sociedade Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, ano III, n. 9, 2000. Disponível em <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/9Suplemento.asp?nrev=Nº 9>.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Hospitalização na Infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos**. São Paulo: Cabral: editora Universitário, 1999.

D'ÁVILA, Daniela. **Cuidado Sistematizado ao Paciente com Monitorização da Pressão Intracraniana: Uma Proposta**. Palhoça: 2004. Monografia de especialização de Enfermagem em Emergência e Terapia Intensiva, Universidade do Sul de Santa Catarina.

GALBREATH, Julia Gallagher: Sister Calista Roy. In: GEORGE, Julia B. **Teorias da Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 201 – 219.

LANCINI, André de Bastiani; DANIEL, Heloísa Silveira; MACIEL, Lisiane; NUNES, Sarita Michele. **Cuidando da criança com câncer e seu familiar acompanhante em internação hospitalar: um olhar a partir da teoria de adaptação de Sister Calista Roy**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) – Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LEIFERT, Ruth Miranda de Camargo. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. São Paulo, 2000. Disponível em [http://www.brasilvtae.com.br/novidades\\_sae.htm](http://www.brasilvtae.com.br/novidades_sae.htm). em 15/09/2006.

LEOPARDI, M. T: Sister Callista Roy. In \_\_\_\_\_. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a Prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. p. 109 – 114.

MACIEL, Isabel Cristina Filgueira; ARAUJO, Thelma Leite de. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programa de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, abril 2003, p. 207-214.

MEDEIROS, Lysiane de SPECK, Rosana Madeira de Souza. **O cuidado à criança com diagnóstico de câncer e sua família baseado na teoria da adaptação de Roy**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em enfermagem) – Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MURAD, André Márcio, KATZ, Artur. **Oncologia: Bases clínicas do tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 435p.

NELSON, Waldo Emerson; BEHMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert; ARVIN, Ann M. **Tratado de pediatria**. 15º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

NERY, Adriana Alves, PINHEIRO, Glêide Magali Lemos, OLIVEIRA, Zulmerinda Meira. Dimensões da Dor: (Re) Pensando o Cuidado de Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, 2005, Nº 29, p.27-31, ISSN 1519-339X.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando**. 2. ed. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1999. 80 p.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, nº 3, maio/junho 2004.

RODRIGUES, Karla Emilia; CAMARGO, Beatriz de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, 2003.

SANTA CATARINA, SECRETARIA DE SAÚDE. **Hospital Infantil Joana de Gusmão**. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg>>. Acesso em 26 de agosto de 2006.

SILVA, Maria da Graça. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 27-31, janeiro 1998.

SILVA, Yerkes Pereira; SILVA, Josefina Fagundes; COSTA, Lincoln Paiva. Avaliação da dor na criança. **Rev. Minas Gerais** 2004, 14 (1 Supl. 3); S92-S6, p. 94. Disponível em [www.smp.org.br/atualizacao/download/revista/rev%20med%20minas%20gerais%202004](http://www.smp.org.br/atualizacao/download/revista/rev%20med%20minas%20gerais%202004). Acesso em 29/01/2007.

VALLE, E.R.M. **Psico-oncologia Pediátrica: vivências de crianças com câncer**. Ribeirão Preto: Editoria Escala, 1999.

TANJI, Suzelaine; OLIVEIRA, Sandra Regina Marques; SILVA, Carmen Maria dos Santos Lopes Monteiro Dantas; DAHMER, Mauri. Legalidade em Situações de Emergência: o dever e o respaldo do profissional. **Revista Enfermagem Atual**, ano 5, Nº 27, maio/junho, 2005, ISSN 1519-339X.

TULLI, Andreyra C. P.; PINHEIRO, Claudia S. C.; TEIXEIRA, Sinara Z. Dor Oncológica: Os Cuidados de Enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**. São Paulo: 1999, vol. 2, nº 7.

WALDOW, E. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998, p. 62.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

## DISCIPLINA: INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

### Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho apresentado pelas acadêmicas é de extrema relevância para a área de enfermagem em oncologia pediátrica e traz importantes discussões sobre o papel do enfermeiro no cuidado à crianças e famílias que vivenciam o diagnóstico e tratamento onco-hematológico. O relatório de prática assistencial evidencia o desenvolvimento teórico prático das acadêmicas e descreve com clareza e discernimento o desenvolvimento das atividades programadas e propostas por elas durante a disciplina. Ao discutir temas como a consulta de enfermagem em ambulatório oncohematológico pediátrico, as acadêmicas mostram maturidade, competência técnica e consciência das atividades pertinentes ao profissional enfermeiro. Diante do exposto ressalto a capacidade e interesse das autoras no desenvolvimento das atividades e condução do estudo.

---

Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Orientadora

## **9. APÊNDICES**

## **APÊNDICE A**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Aline F. da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana M. Nascimento e Sílvia T. Kitahara, acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo um trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, que se constitui em uma Prática Assistencial, cujo título é Câncer: Construindo Caminhos para o Cuidado de Enfermagem à Criança e Família em Regime Ambulatorial, com o objetivo de contribuir com o cuidado à criança com diagnóstico de câncer e seu familiar/acompanhante em regime ambulatorial e com a construção de uma metodologia de consulta de enfermagem baseada na teoria de adaptação de Roy. Este estudo pretende construir caminhos para uma adaptação saudável da criança e da família/acompanhante frente ao processo de adoecimento. Esclarecemos que serão realizadas conversas com as crianças e seus familiares/acompanhantes, acompanhamento e observação das mesmas em suas atividades durante a permanência no Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Asseguramos que não haverá risco ou desconforto para a criança, garantindo-lhes que serão respeitados os momentos de sono, repouso, alimentação e demais necessidades emergentes da criança, bem como de seu desejo e/ou de seus familiares/acompanhantes de participar ou não deste trabalho. Se concordar em participar, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho a partir da utilização de um pseudônimo, assegurando-lhes o sigilo e o anonimato. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3238-6115.

Enfatizamos que a sua recusa em participar das atividades propostas não terão nenhuma influência no cuidado prestado à criança e seus familiares/acompanhantes.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza – COREN 34722.

**Supervisoras:** Lori Inez Costa – COREN 47463, e Ana Cristina Maciel – COREN 43061.

**Acadêmicas:** Aline F. da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana M. Nascimento e Sílvia T. Kitahara.  
Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, estou de acordo que meus dados sejam utilizados na realização do trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, que se constitui em uma Prática Assistencial, cujo título é Câncer: Construindo Caminhos para o Cuidado de Enfermagem à Criança e Família em Regime Ambulatorial. Esse trabalho, desenvolvido pelas acadêmicas Aline F. da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana M. Nascimento e Sílvia T. Kitahara, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza – COREN 34722, e supervisão das Enfermeiras Lori Inez Costa – COREN 47463 e Ana Cristina Maciel – COREN 43061, tem por objetivo contribuir com o cuidado à criança com diagnóstico de câncer e seu familiar/acompanhante em regime ambulatorial e com a construção de uma metodologia de consulta de enfermagem baseada na teoria de adaptação de Roy. Este estudo pretende construir caminhos para uma adaptação saudável da criança e da família/acompanhante frente ao processo de adoecimento. Ficou esclarecido que seriam realizadas conversas com as crianças e seus familiares/acompanhantes, acompanhamento e observação das mesmas em suas atividades durante a permanência no Ambulatório Oncológico Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, ficando assegurado a ausência de risco ou desconforto para a criança, garantindo que seriam respeitados os momentos de sono, repouso, alimentação e demais necessidades emergentes da criança, bem como de seu desejo de participar ou não deste trabalho. Garantido-se que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho a partir da utilização de um pseudônimo, assegurando-lhes o sigilo e o anonimato. Em caso de alguma dúvida em relação ao estudo ou não querendo fazer parte do mesmo, poderei entrar em contato pelo telefone (48) 3238-6115.

Foi enfatizado que a minha recusa em participar das atividades propostas não terá nenhuma influência no cuidado prestado à criança e seus familiares/acompanhantes.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**Cronograma**





**APÊNDICE C**  
**Folder sobre Alimentação**

### Você pode comer:

- 2 ou mais tipos de frutas por dia, procurando variar;
- Verduras e legumes cozidos e bem lavados;
- Coalhada caseira e iogurte;
- Leite bem fervido, ou leite em pó;
- Queijos (industrializados), de preferência os magros, como mussarela, ricota, minas e requeijão;
- Cereais integrais: arroz, macarrão, aveia, pão, granola e outros grãos;
- Lentilhas, feijões e ervilhas cozidas;
- Carnes cozidas e assadas;
- Prefira doces como compotas de frutas, frutas secas, mel de abelhas e geléia de frutas;
- Sucos de frutas e legumes feitos na hora;
- Água de coco;
- Tomar muita água filtrada ou fervida (2 litros por dia).



Material elaborado pelas acadêmicas de enfermagem Aline F. da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana Mendes e Sílvia Kitahara.

Conteúdo do material fornecido pela nutricionista do HIJG Sandra Patrícia Matos.

## ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO



**Florianópolis, 2006.**

Uma boa alimentação durante o tratamento do câncer contribui para o bem-estar, fortalecimento do corpo amenizando os efeitos colaterais dos medicamentos usados no tratamento. A seguir estão algumas dicas de alimentação sadia:

Na hora de comprar os alimentos:

- Verifique se as embalagens não estão abertas, amassadas e enferrujadas, no caso de latas e, após abri-las, coloque em recipientes de vidro ou plástico para serem conservados na geladeira.

Na hora de preparar os alimentos, alguns **cuidados** precisam ser tomados em relação a **higiene**:

- Lave todas as frutas e verduras em água corrente e deixe de molho em hipoclorito de sódio (encontrado em farmácias, agropecuárias ou supermercados, de preço acessível, seguindo as recomendações da embalagem); ou água sanitária (1 colher de sopa para 4 litros de água). Após deixar de molho, não precisam ser lavados novamente, é só comer!;

- As frutas devem ser consumidas imediatamente após serem cortadas para que não haja perda de nutrientes;

- Leite, iogurte, queijos, creme de leite, nata, manteiga, margarina, requeijão, nozes picadas e castanhas devem ser mantidas sob refrigeração, evitando ficar muito tempo em contato com o ar;

- Tire a camada de gordura das carnes e a pele das aves antes de ser cozidas ou assadas;

- Cuide para que os utensílios (pratos, panelas, travessas e talheres), mesas e balcões na cozinha estejam sempre limpos. Use água quente, detergente e álcool, se possível;

- Consuma água apenas se esta estiver filtrada ou fervida;

- Cozinhe os ovos até a gema e a clara estarem completamente duras.

### **Você deve evitar comer:**

- Alimentos vendidos em bares, como: pastel, cachorro-quente, coxinha, bolos, entre outros;

- Sorvetes e picolés de marcas desconhecidas;

- Alimentos enlatados, salsichas, frios e carnes defumadas e churrasco, pois possuem substâncias tóxicas;

- Refrigerantes, inclusive diet, sucos artificiais e outras bebidas com gás;

- Amendoim e seus derivados, como paçoca, rapadura, pé de moleque, etc;

- Frituras e muito óleo/banha na comida;

- Maionese, catchup e mostarda;

- Salgadinho (chips);

- Preparações com ovos crus ou mal passados;

- Café e chá preto;

- Temperos fortes e sal em excesso;

- Açoçantes e alimentos dietéticos;

- Bolachas recheadas ou amanteigadas;

- Chocolate e doces em geral.

**APÊNDICE D**  
**Foto dos cartazes da oficina da Alimentação**



Foto dos cartazes da oficina da Alimentação

**APÊNDICE E**  
**Roteiro de perguntas – Identificação dos participantes**

## Oficina 2: Perguntas realizadas aos pais

1. Conte como foi a descoberta da doença.
2. Como você reagiu ao receber o diagnóstico?
3. Você já conhecia a doença?
4. Como sua família reagiu perante a doença?
5. Ocorreram mudanças de comportamento do casal?
6. Escolha uma pessoa e faça uma pergunta.
7. Para você, quais as maiores dificuldades durante o tratamento da criança?
8. Você percebeu alguma mudança positiva?
9. Alguém na sua família já teve câncer?
10. Você tem mais filhos? Em caso positivo, como ele(s) estão enfrentando?
11. Qual a sua contribuição para o tratamento da criança?
12. Você teve que deixar de trabalhar/estudar para cuidar da criança?
13. O que mudou no seu cotidiano após o diagnóstico?
14. Qual a razão de você ser o acompanhante da criança?
15. Você já havia cuidado de alguém antes? Quem?
16. Qual seu papel durante o tratamento e como está sendo esta experiência?
17. Qual apoio você tem recebido neste momento (família, amigos, equipe)?
18. Qual a sua opinião do atendimento do ambulatório?
19. Você percebeu se houve mudança de comportamento da criança?

**APÊNDICE F**  
**Folder sobre Câncer**

## **CRIANÇA E FAMÍLIA**

As relações familiares podem ficar alteradas, por isso, pode-se fazer necessário um suporte profissional. Psicólogos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, necessitam trabalhar em conjunto, a fim de fornecer amparo físico e emocional.

### **Em casa:**

-Os pais podem determinar um espaço para que a família possa expressar seus sentimentos.

-Manter um diálogo saudável entre os membros da família, isto inclui a criança em tratamento.

-A criança precisa saber sobre seu diagnóstico, com isso, ela contribui com o seu tratamento.

-Tentar manter a rotina diária da família.

-Em caso de mais filhos, é importante não sobrecarregá-los.

-É importante estabelecer uma relação de confiança com a equipe que presta cuidados à criança e a família.



Material elaborado pelas acadêmicas de enfermagem Aline F. da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana Mendes e Sílvia Kitahara.

## **CÂNCER NA INFÂNCIA**



**CÉLULA**

### **DIAGNÓSTICO**

### **TRATAMENTO**

### **CUIDADOS ADICIONAIS**

**Florianópolis, 2006.**

## O QUE É CÂNCER?

Câncer é definido como um grupo de doenças que se caracterizam pela perda do controle de estruturas chamadas, **CÉLULAS**, que compõem o nosso corpo.

Estas células contêm dentro uma substância que guarda todas as nossas informações que são repassadas aos nossos filhos (DNA). No câncer, ocorre uma alteração nessas informações.

## DIAGNÓSTICO

Algumas crianças podem apresentar sintomas persistentes e inexplicáveis, como: **tosse, falta de ar, rouquidão, dificuldade para engolir, dor, indigestão, perda de peso, alteração nas eliminações intestinais, febre e sangramentos anormais.**

Por isso, é fundamental procurar o pediatra imediatamente para realização de exames precisos que forneçam o diagnóstico certo.

## TRATAMENTO

Existem três tipos principais de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O tratamento pode ser individual ou combinado com o objetivo de acabar com qualquer traço de célula cancerígena.

**CIRURGIA:** é a retirada por meio cirúrgico do câncer, geralmente é a forma mais segura de retirar o câncer localizado.

**RADIOTERAPIA:** tratado por radiação que é **focado numa área-alvo**, com a finalidade de impedir a multiplicação do câncer.

**QUIMIOTERAPIA:** utilizadas drogas que visam destruir e diminuir o tamanho do câncer, além de tentar melhorar a probabilidade de cura.

O objetivo do tratamento é acabar completamente com o câncer. Quando diagnosticado precocemente, ocorre uma maior resposta ao tratamento.

## CUIDADOS ADICIONAIS

**É fundamental que a criança que está em tratamento saiba sobre o diagnóstico, e que a família participe do processo de adoecimento.** Durante o tratamento alguns efeitos colaterais podem ser minimizados, como:

**Queda capilar:** para meninas cortar os cabelos longos no início da queda e após. Oferecer tocas e chapéus.

**Falta de apetite:** oferecer uma dieta rica (frutas e verduras), com alimentos que a criança goste, esta deve ser colorida, porém a criança não deve ser forçada a comer.

**Dificuldade para engolir:** oferecer alimentos liquidificados, pastosos, como gelatinas e purês.

**Constipação:** oferecer dietas laxativas, rica em fibra, como mamão e manga. Importante oferecer líquidos.

**Diarréia:** Ingerir frutas cozidas ou assadas, como banana e maçã, por serem bem toleradas; procurar não fazer atividades físicas logo após as refeições.

**APÊNDICE G**  
**Foto da oficina do Bingo Educativo**



Foto da oficina do Bingo Educativo

**APÊNDICE H**  
**Perguntas do Bingo Educativo**

## BINGO EDUCATIVO

1. Qual o nome da enfermeira do Ambulatório de Oncologia?  
R: Lori
2. Quais os profissionais que você encontra no ambulatório?  
R: Enfermeira, téc. de enfermagem, médicos, assistente social, psicóloga, dentista, pedagoga...
3. O que a quimioterapia e a radioterapia fazem no corpo?  
R: Destroem as células anormais do corpo.
4. Por que quem faz quimioterapia não deve pegar sol?  
R: Porque o sol aumenta a atividade da quimioterapia.
5. Qual a função das hemácias no corpo?  
R: Realizar transporte de oxigênio.
6. Qual a função das plaquetas no corpo?  
R: Controlar sangramentos.
7. Qual a função dos leucócitos no corpo?  
R: Defender o corpo contra doenças.
8. Quais os inimigos do nosso corpo?  
R: Bactérias, vírus e infecções.
9. Como é chamada a parte mole que fica no centro dos ossos onde é fabricado o sangue?  
R: Medula óssea.
10. Quais os principais tipos de tratamento para o câncer?  
R: Cirurgia, radioterapia e quimioterapia.
11. São reações adversas da quimioterapia:  
R: Queda de cabelo, enjôo, vômitos, falta de apetite, entre outros.
12. A criança não deve comer:  
R: Salgadinhos, refrigerantes, frituras, entre outros.
13. Para evitar a infecção o que é indicado?  
R: Tomar banho todos os dias, escovar os dentes após as refeições.
14. Na hora de comprar os alimentos o que é necessário verificar?  
R: Verificar as embalagens, observar se estas estão abertas, amassadas e no caso de latas, observar se estão enferrujadas.
15. Com os alimentos enlatados o que deve ser feito?  
R: Com os alimentos enlatados é preciso colocá-los em recipientes plásticos para serem colocados na geladeira.

16. O que é necessário fazer com as carnes e aves antes de consumi-las?

R: Com as carnes e aves é fundamental retirar a camada de gordura.

17. Em caso de queda dos cabelos, quais são os cuidados?

R: Usar filtro solar, bonés, chapéus ou bandanas.

18. Na escovação, qual é a escova de dente ideal?

R: a escova de dente ideal é a macia, pois evita sangramentos.

19. Caso a escova de dente esteja dura o que fazer?

R: Ferver em água quente para amolecer.

20. Para evitar as “rachaduras dos lábios”, o que deve ser feito?

R: Usar manteiga de cacau para evitar rachaduras.

21. Em caso de prisão de ventre quais os alimentos podem ser consumidos?

R: Alimentos laxativos como mamão e manga.

22. Em caso de diarreia o que fazer?

R: Não consumir alimentos laxativos (mamão e manga) e beber bastante água.

23. Quais os cuidados que devem existir com os alimentos antes de serem consumidos?

R: Lavar todos os alimentos (frutas e verduras) em água corrente.

24. Quais os alimentos indicados para a criança durante a quimioterapia?

R: Frutas assadas, sem casca, verduras e legumes.

25. Em caso de feridas na boca, quais os alimentos que devem ser evitados?

R: Frutas ácidas como abacaxi e limão.

26. A escovação dos dentes é importante. Por quê?

R: Para evitar cáries e outras infecções.

27. Com relação à hidratação, o que deve tomar?

R: Água, leite, sucos.

28. Como se chama o exame no qual é retirado líquido da espinha?

R: Punção Lombar.

29. Depois da punção, o que é preciso fazer?

R: Repouso de 40 minutos.

30. O que se sente quando ocorre extravasamento da quimioterapia na veia?

R: Ardência/ dor.

**APÊNDICE I**  
**Cartelas do Bingo Educativo**

<b>Lori</b>		<b>Enfermeira, téc. de enfermagem, médicos, assistente social, psicóloga, dentista, pedagoga...</b>
	<b>Destroem as células anormais do corpo</b>	
<b>Porque o sol aumenta a atividade da quimioterapia</b>		<b>Realizar transporte de oxigênio</b>

<b>Com as carnes e aves é fundamental retirar a camada de gordura.</b>		<b>Usar filtro solar, bonés, chapéus ou bandanas.</b>
	<b>A escova de dente ideal é a macia, pois evita sangramentos.</b>	
<b>Ferver em água quente para amolecer.</b>		<b>Usar manteiga de cacau para evitar rachaduras.</b>

## **APÊNDICE J**

### **Cartaz da Campanha de Doação de Brinquedos**

## **CHAMADO PARA O BEM**

Estamos realizando uma campanha de arrecadação de brinquedos para serem doados às crianças do Ambulatório Oncológico Pediátrico do HIJG nos dias 06 e 07 de dezembro de 2006.

Pedimos a colaboração de todos entregando suas doações até o dia 05 de dezembro de 2006 as acadêmicas de enfermagem.

**Campanha realizada pelas acadêmicas de enfermagem - 8ª fase UFSC.**

**APÊNDICE K**  
**Manual de Normas e Rotinas do Setor**

## **Planejamento do Manual de Normas, Rotinas e Atribuições dos Profissionais do Ambulatório Oncológico Pediátrico**

**Objetivo Geral:** Construir um registro formal de normas, rotinas e atribuições dos profissionais em colaboração do AOP.

**Objetivos Específicos:** Descrever as normas do Ambulatório, as rotinas dos funcionários e pacientes, rotina de acidente de trabalho, os cuidados na preparação e na administração dos agentes quimioterápicos, a descrição e cuidados de procedimentos realizados no setor (cateter venoso central de longa permanência totalmente implantado retirada do cateter venoso central, procedimentos para manutenção e coleta de sangue e punção lombar), revisão de literatura contendo as neoplasias mais comuns na infância e na adolescência e sobre a quimioterapia, os protocolos de tratamento específico de cada diagnóstico, as quimioterapias utilizadas pela unidade e as atribuições de todos os profissionais que atuam no AOP.

**Metodologia:** Através da solicitação da enfermeira da unidade, iremos elaborar o manual de normas, rotinas e atribuições dos profissionais do AOP. Uma parte do material foi fornecido pela enfermeira e outra será pesquisada. Está prevista a entrega do manual para a última semana de estágio e será entregue impresso em uma pasta e em disquete, caso haja necessidade de alteração.

**Avaliação:** A avaliação será feita através da aprovação da enfermeira e dos funcionários da unidade.

**APÊNDICE L**  
**Primeiro Instrumento da Consulta**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE CALISTA ROY**

DATA.

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome:		
Sexo:	Idade:	Data de nascimento:
Religião:		Naturalidade:
Escolaridade:		Raça:
Endereço:		
Composição familiar:		
Informante:		Parentesco:
Diagnóstico clínico:		
<b>2. HISTÓRIA</b>		
Início do problema (quando e como):		
Evolução da doença atual:		
Enfrentamento dos familiares frente ao diagnóstico:		
Outros problemas de saúde:		
História de doença familiar:		
Suporte familiar:		
O que gostaria de saber a respeito do tratamento e/ou diagnóstico?		
Percepção/Expectativas relacionadas ao cuidado de enfermagem com a criança:		
Comportamento/percepção/sentimentos da criança frente a:		
• Doença:		
• Hospitalização:		
• Alteração da imagem corporal:		
• Mudanças no estilo de vida:		
<b>3. ESTILO DE VIDA(ANTES DA DOENÇA)</b>		
Dieta:		
Eliminações:		
Atividade física e escolar:		

Sono:
Recreação:
<b>4. AVALIAÇÃO DE PRIMEIRO NÍVEL</b>
Regulação neurológica (nível de consciência, humor, memória, alterações)
Pele (coloração, textura, temperatura, alterações)
Cabelos (quantidade, distribuição, alterações)
Olhos (pupilas, secreção, alterações visuais)
Ouvido (audição, secreção, alterações)
Nariz (permeabilidade, secreção, epistaxe, FR, alterações)
Boca / faringe (dentição, mucosa, mastigação, deglutição, paladar, aceitação da dieta, ingesta hídrica, náusea, vômito)
Pescoço (dor, movimentação, linfonodos)
Mamas (dor, aumento, nodos, secreção)
Cardiovascular (dor, FC, edema, perfusão, PA)
Eliminações vesicais e intestinais (frequência, características, alterações)
Genitais (características, alterações, menarca, secreção, circuncidado)
Músculo-esquelético (musculatura, dor, rigidez, câibra)



## **APÊNDICE M**

### **Segundo Instrumento da Consulta – Reformulado**



circuncidado	
5. Músculo-esquelético	
Musculatura, dor, rigidez, câibra.	
6. Hematopoiético	
Hemograma, hematomas, equimose, tipagem sanguínea, transfusão	
7. Endócrino	
Altura, diabetes, tireóide	
<b>5. AVALIAÇÃO DE SEGUNDO NÍVEL</b>	
<b>6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>7. METAS</b>	
<b>8. PLANO (PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM)</b>	

Instrumento Elaborado, em 2006, pelas acadêmicas de Enfermagem da UFSC: Aline F.da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana Mendes e Sílvia T. Kitahara.

Acadêmica: \_\_\_\_\_.  
 Supervisora: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE N**  
**Instrumento de Retorno**

## INSTRUMENTO DE RETORNO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: \_\_\_\_\_

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome:	Idade:
Informante:	Parentesco:
<b>2. MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA</b>	
<b>3. AVALIAÇÃO DE PRIMEIRO NÍVEL</b>	
Sinais Vitais	PA:        mmHg;    FC:        bpm;    FR:        mpm;    T:        °C
<b>4. AVALIAÇÃO DE SEGUNDO NÍVEL</b>	
<b>5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>6. AVALIAÇÃO</b>	
<b>7. PRÓXIMAS METAS</b>	
<b>8. PLANO (PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM)</b>	

Instrumento elaborado pelas acadêmicas: Aline Fernandes da Rosa, Carolina d'Ávila, Juliana Mendes Nascimento e Sílvia Tiek Kitahara.

Acadêmica: \_\_\_\_\_

Supervisora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE O**  
**Foto do Mural de Aniversários**



Mural de Aniversários

## **APÊNDICE P**

### **Formulário de Notificação de Acidente de Derramamento**



HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO  
AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

**FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE DERRAMAMENTO**

**1. Dados**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade/ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc ( ) Fem                      Peso: \_\_\_\_\_                      Unidade/leito: \_\_\_\_\_

**2. Dados do medicamento** (Nome comercial; para genéricos, informar o fabricante).

Data do acidente: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Medicamento	Diluição	Quantidade	Pó ou Líquido

Descrição do acidente (breve relato):

Dados do último exame de sangue:

Dados do próximo exame de sangue:

**3. Informações adicionais**

Quais os procedimentos adotados: ( ) banho 20' ( ) Lavagem dos olhos ( ) Outro \_\_\_\_\_

Recebeu tratamento específico? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

A reação reapareceu? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

Seqüela? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de gravidez, indicar a idade gestacional no momento do acidente: \_\_\_\_\_

**4. Dados do notificador**

Nome: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Conselho Profissional/Nº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

### 1. Considerações Gerais

1.1 O STA deve manter um “Kit” de Derramamento identificado e disponível em todas as áreas onde são realizadas atividades de manipulação, armazenamento, administração e transporte.

1.1.1. O Kit de Derramamento deve conter, no mínimo, luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição de procedimento e o formulário para o registro do acidente, recipiente identificado para recolhimento dos resíduos de acordo com RDC/ ANVISA nº. 33, de 25/02/2003, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha substituí-la.

1.2. Devem existir normas e rotinas escritas, revisadas anualmente, para a utilização da Cabine de Segurança Biológica (CSB) e dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

1.3 Cuidados com excretas e fluidos corpóreos do paciente.

1.3.1 Quando do manuseio de excretas dos pacientes que receberam TA nas últimas 48 horas os funcionários devem vestir aventais e luvas de procedimento.

1.3.2. Acondicionar as roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais do paciente para encaminhamento à lavanderia , segundo Norma da ABNT NBR- 7.500 – Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material, de março de 2000.

1.4. Em caso de Acidente

1.4.1. Todos os acidentes devem ser registrados em formulário específico.

1.4.2. Pessoal:

1.4.2.1. O vestuário deve ser removido imediatamente quando houver contaminação.

1.4.2.2. As áreas da pele atingidas devem ser lavadas com água e sabão.

1.4.2.3. Quando da contaminação dos olhos ou outras mucosas lavar com água ou solução isotônica em abundância, providenciar acompanhamento médico.

1.4.3. Na Cabine:

1.4.3.1. Promover a descontaminação de toda a superfície interna da cabine.

1.4.3.2. Em caso de contaminação direta da superfície do filtro HEPA, a cabine deverá ser isolada até a substituição do filtro.

1.4.4. Ambiental:

1.4.4.1. O responsável pela descontaminação deve paramentar-se antes de iniciar o procedimento.

1.4.4.2. A área do derramamento, após identificação e restrição de acesso, deve ser limitada com compressas absorventes.

1.4.4.3. Os pós devem ser recolhidos com compressa absorvente umedecida.

1.4.4.4. Os líquidos devem ser recolhidos com compressas absorventes secas.

1.4.4.5. A área deve ser limpa com água e sabão em abundância.

1.4.4.6. Quando da existência de fragmentos, estes devem ser recolhidos e descartados conforme RDC/ANVISA nº. 33, de 25/02/2003 suas atualizações ou outro instrumento que venha substituí-la.

**APÊNDICE Q**  
**Divulgação do I Seminário Oncológico Pediátrico**

# **I SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

**DATA:** 06/02/2007

**HORA:** 14:00 às 18:00

**LOCAL:** Auditório do Hospital Universitário

**INSCRIÇÃO:** Um material didático ou um brinquedo a ser doado para a classe hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão e Clínica de Internação Pediátrica do Hospital Universitário que deverá ser entregue no dia do evento.

Enviar o nome completo e categoria para o e-mail→  
[silviakitahara@yahoo.com.br](mailto:silviakitahara@yahoo.com.br).

\* Vagas limitadas. Entrega de certificado.

## **Promoção:**

Acadêmicas de enfermagem da VIII unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da UFSC e orientadora Enf<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Izabel Jatobá de Souza.

## **10. ANEXOS**

**ANEXO A**  
**Escala Analógica da Dor**



Figura 1: Escala de tensão facial  
Fonte: SILVA et al, 2004.

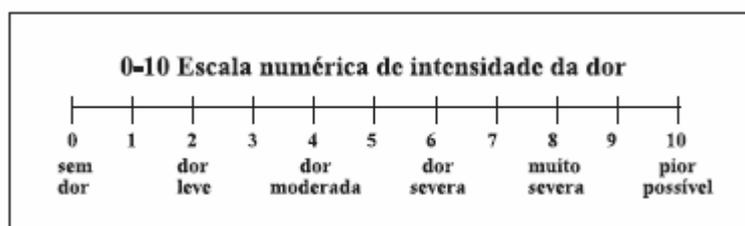


Figura 2: Escala numérica  
Fonte: SILVA et al, 2004.

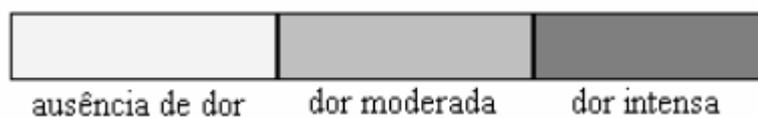


Figura 3: Escala de cores  
Fonte: LAVIGNE, 1986.

**ANEXO B**  
**Texto “Mulherão”**

## MULHERÃO

Peça para um homem descrever um mulherão.

Ele imediatamente vai falar no tamanho dos seios, na medida da cintura, no volume dos lábios, nas pernas, bumbum e cor dos olhos. Ou vai dizer que tem que ser loira, 1,80m, siliconada, sorriso “Colgate”.

Mulherão dentro deste conceito, não existem muitas: Veras, Giseles, Malus, Adrianes, Lumas e Brunas.

Agora pergunte para uma mulher o que ela considera um mulherão e você vai descobrir que tem uma em cada esquina.

**MULHERÃO** é aquela que pega dois ônibus para ir para o trabalho e mais dois para voltar e, quando chega a casa, encontra um tanque lotado de roupa e uma família morta de fome.

**MULHERÃO** é aquela que vai de madrugada para fila garantir matrícula na escola e aquela aposentada que passa horas em pé na fila do banco para buscar uma pensão de 100 reais mensais.

**MULHERÃO** é a empresaria que administra dezenas de funcionários de segunda a sexta e uma família nos fins de semana.

**MULHERÃO** é aquela que sai do trabalho e vai para faculdade estudar até 24 horas para ter uma vida mais digna.

**MULHERÃO** é quem volta do supermercado segurando várias sacolas, depois de ter pesquisado preços e feito malabarismo com o orçamento.

**MULHERÃO** é aquela que se depila, que passa cremes, que se maquia, que faz dieta, que malha, que usa salto alto, meia-calça, ajeita o cabelo e se perfuma, mesmo sem nenhum convite para ser capa de revista.

**MULHERÃO** é quem leva os filhos para escola, leva os filhos para natação, balé, leva os filhos para cama, conta histórias, dá um beijo e apaga a luz.

**MULHERÃO** é aquela mãe de adolescente que não dorme enquanto ele não chega e que de manhã bem cedo já está de pé, esquentando o leite.

**MULHERÃO** é quem leciona em troca de um salário mínimo, é quem faz serviços voluntários, é quem colhe uva, é quem opera pacientes, é quem lava roupa para fora, é quem bota a mesa, cozinha o feijão e à tarde trabalha atrás de um balcão.

**MULHERÃO** é quem cria os filhos sozinha, quem dá expediente de 8 horas e enfrenta menopausa, TPM e menstruação.

**MULHERÃO** é quem arruma os armários, coloca flores nos vasos, fecha a cortina para o sol não desbotar o sofá e mantém a geladeira cheia.

**MULHERÃO** é quem sabe onde cada coisa está, o que cada filho sente e qual o melhor remédio para azia.

Lucianas, Patrícias, Anãs, Luanas, Sheilas: mulheres nota 10 no quesito lindas de morrer, mas

**MULHERÃO** é quem mata um leão por dia para sobreviver.

**ANEXO C**  
**História do Leão Sem Juba**

## O Leão sem Juba

Era uma vez um Leão muito forte e bonito. Tinha uma juba enorme que era seu grande orgulho. Cuidava dela com carinho: lavava com shampoo importado, fazia rolinhos, escova, passava cremes, óleo, perfume.

Os bichos da floresta gostavam muito dele. Era amigo de todos e ajudava-os sempre que precisavam. Confiavam nele, respeitavam sua força e admiravam sua juba maravilhosa.

Certo dia, o Leão percebeu que os pêlos de sua linda juba estavam caindo. No começo, um por um. Depois eram tufo e tufo de pêlos que caíam pelo seu corpo, pelo chão, voavam pelos ares. Até que caiu tudo.

O Leão olhou-se no espelho e viu que estava careca, carequinha! Ficou desesperado.

- Ai de mim! O que será de minha vida? Meus amigos vão rir de mim, ninguém vai querer sair comigo. Ninguém vai querer me ver, conversar comigo. Meus amigos não vão mais gostar de mim. Ai de mim!

Não queria ver ninguém, não queria que ninguém o visse. Não tinha mais coragem de sair de casa, ir para a escola, ir passear. Foi ficando amarelo, fraquinho, sem vontade de comer. Nem TV gostava mais de assistir. Apareciam bichos peludos, leões com juba, cavalos com crinas, cachorros cheios de cachos. Era melhor nem ver. Ficou tão triste que só queria ficar na cama, dormir, esquecer tanto sofrimento.

Os bichos começaram a notar sua ausência, a sentir sua falta.

- Viu o Leão?
- Não!
- Por onde será que anda?
- Acho que viajou...
- Sem avisar? Acho que não...

Enquanto a bicharada ficava fofocando, tentando adivinhar o motivo do desaparecimento do Leão, sua vizinha, Dona Tartaruga, calmamente resolveu investigar.

Com seus passos muito lerdos foi até a casa do Leão. Bateu na porta, mas ninguém atendeu. Preocupada, ela resolveu entrar. Então encontrou o Leão deitado na cama no quarto.

- Ei, Leão! O que foi que aconteceu? Está doente? Cadê a sua juba?
- Você me reconheceu? – Perguntou o Leão espantado, pensando em como ela havia conseguido reconhecê-lo sem sua juba.
- Claro! – respondeu Dona Tartaruga. – Você continua com seu olhar simpático... Era mais bonito com sua juba, mas se resolveu cortá-la, tudo bem. Não faz tanta falta. É o meu amigo de sempre.
- Mas eu não cortei! – gritou nervoso o Leão. – Não sei o que aconteceu. Não me conformo. Quero minha juba de volta! – E começou a chorar.

Dona Tartaruga, muito emotiva, quase despenca a chorar, mas engoliu suas lágrimas e tentou animá-lo:

- Que bobagem! Eu também sempre fui careca e bem feliz. Pra que tanto desespero, tanta vaidade?
- Não é só vaidade, não. Será que você não entende? Desde que me conheço por leão olho no espelho e me vejo de um jeito. Agora olho e não me reconheço, vejo um estranho, um cara diferente... Não sou eu! – e voltou a chorar.

Dona Tartaruga pensou em como ela também se estranharia se de repente se visse cheia de cabelos. Ficou imaginando como entraria em seu casco.

- Calma Leão! Vou preparar um chazinho para sossegar seus nervos!

Enquanto ia à cozinha, Dona Tartaruga pensava em como poderia ajudar seus amigos.

- Acho que vou tricotar um gorro para esconder sua careca. Vou começar assim que voltar pra casa. Em um ano, rapidinho, vai estar pronto. Mas, enquanto isso, é melhor avisar o Coelho. Eles são tão amigos!

Assim pensando, Dona Tartaruga arrumou um lanche para o Leão. Colocou uma toalha na mesa e chamou-o. Ele estava morto de fome. Fazia dois dias que não comia e só chorava. Comeu tudo num instante.

Dona Tartaruga chamou o Bem-Te-Vi para levar um recado ao Coelho, pedindo ajuda ao Leão.

Bem-Te-Vi, sempre prestativo, saiu voando pela floresta à procura do Coelho. Depois de muito voar, Bem-te-Vi avistou o Coelho. Então contou toda a história.

O Coelho ouviu o Bem-te-Vi e nem respondeu. Saiu correndo. Em um segundo estava na casa do Leão.

Dona Tartaruga esperava-o no portão, calmamente, tricotando o gorro para o Leão.

O Coelho entrou apressado.

- O que aconteceu com você, meu amigo?
- Você também me reconhece?
- Claro! Você acha que eu não iria reconhecer seu corpo forte, suas patas tão velozes quanto as minhas? Lembra de nossas corridas? Na última você venceu.

O Leão lembrou-se das corridas e, conversando com o Coelho, até esqueceu sua tristeza.

Depois de muita conversa, a Dona Tartaruga trouxe o gorro pronto e colocou na cabeça do Leão. Então os três foram passear na floresta.

Depois de tudo o que passou, o Leão aprendeu que mesmo sem a sua juba, ele continuava sendo admirado e respeitado pelos seus amigos e o que somos, está dentro de nós e continua, mesmo se por qualquer motivo o nosso corpo se faz diferente. A verdadeira beleza, aquela que vem de dentro, segue sendo vista por aqueles que nos amam, até quando nossa aparência externa mudou.

Assim passaram alguns meses e a juba do Leão novamente apareceu. Foi crescendo, crescendo, crescendo... Agora ele já nem precisa mais usar o gorro.

#### Referência:

NUCCI, Nely A. Guernelli. **O Leão sem Juba**. Campinas/SP: APACC

**ANEXO D**  
**Desenho do Leão sem Juba**

# O LEÃO SEM JUBA



**ANEXO E**  
**RESOLUÇÃO nº 288 de 21 de março de 1996**

## RESOLUÇÃO nº 288 de 21 de março de 1996

Ementa: Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas antineoplásicas pela farmacêutica.

O Conselho Federal de Farmácia, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "m", do artigo 6º, da Lei 3.820, de 11 de novembro de 1960 e modificada pela Lei 9.120/95;

Considerando o disposto na Resolução Nº 04 de 11 de abril de 1969, do Conselho Federal de Educação, e o disposto no Decreto Nº 85.878 de 07 de abril de 1981, em Artigo 1º, incisos I e VI;

Considerando o disposto na Resolução Nº 208/90 em seus Artigos 2º, 3º e 4º deste Conselho;  
Considerando a necessidade de assegurar condições adequadas de formulação, preparo, armazenagem, conservação, transporte, segurança do Farmacêutico que manipula, bem como os resíduos oriundos das drogas antineoplásicas nos estabelecimentos de saúde; Considerando a necessidade de regulamentar as normas e condições na formulação e preparo de drogas antineoplásicas nos estabelecimentos de saúde.

### RESOLVE:

Art. 1º - É atribuição privativa do farmacêutico a competência para o exercício da atividade de manipulação de drogas antineoplásicas e similares nos estabelecimentos de saúde;

Art. 2º - No exercício da atividade de quimioterapia nos estabelecimentos de saúde, caberá ao farmacêutico;

I - Selecionar, adquirir, armazenar e padronizar os componentes necessários ao preparo dos antineoplásicos;

II - Avaliar os componentes presentes na prescrição médica, quanto a quantidade, qualidade, compatibilidade, estabilidade e suas interações;

III - Proceder a formulação dos antineoplásicos segundo prescrição médica, em concordância com Preconizado em literatura;

IV - Manipular drogas antineoplásicas em ambientes e condições assépticos, e obedecendo critérios internacionais de segurança;

V - Orientar, supervisionar e estabelecer rotinas nos procedimentos de manipulação e preparação dos antineoplásicos;

VI - Preencher adequadamente o rótulo de cada unidade de antineoplásico preparado, assinar

e carimbar, identificando o nome do cliente da terapêutica, a quantidade de cada componente adicionado, bem como efetuar as devidas recomendações para sua estabilidade e administração;

VII - Determinar o prazo de validade para cada unidade de antineoplásico de acordo com as condições de preparo e características da substância;

VIII - Assegurar o controle de qualidade dos antineoplásicos após o preparo até a administração;

IX - Registrar cada solução de antineoplásico preparado em livro de registro exclusivo com termo de abertura, onde constará: data do preparo, nome completo, número do prontuário do paciente e localização, número seqüencial de preparo, diagnóstico, protocolo de referência, quantidade preparada, concentrações do produto;

X - Assegurar destino seguro para os resíduos dos antineoplásicos;

XI - Assegurar a observância das normas de segurança individuais e coletivas para a manipulação de antineoplásicos recomendadas em nível nacional e internacional;

XII - Informar periodicamente, ou quando solicitado, o custo de cada componente de solução após o preparo;

XIII - Compor a equipe multidisciplinar nas visitas aos clientes submetidos ao tratamento com antineoplásicos;

XIV - Participar das reuniões, discussões de casos clínicos e atividades didáticas e científicas da equipe multidisciplinar;

XV - Possibilitar estágios supervisionados à farmacêuticos e acadêmicos de farmácia;

XVI - O farmacêutico deverá dispor de dados quanto a qualidade destes produtos, sobretudo garantindo os seguintes parâmetros: solubilidade, estabilidade, homogeneidade, viscosidade, osmolaridade, esterilidade, teor e pureza;

XVII - Participar, desenvolver, elaborar pesquisas de antineoplásicos, não só na área de saúde, bem como na área industrial;

XVIII - Participar e atuar em toda divulgação técnica científica vinculada ao marketing do suporte quimioterápico.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 21 de março de 1996. ARNALDO ZUBIOLI Presidente

**ANEXO F**  
**Protocolo da ANVISA de Acidentes: Derrame, Quebra, Acidentes Pessoais.**

## Protocolo da ANVISA de Acidentes: Derrame, Quebra, Acidentes Pessoais.

### 1. Procedimentos Gerais

- Derrames e quebras devem ser limpos imediatamente por pessoal treinado, devidamente protegido utilizando procedimentos apropriados.
- Kit para acidentes deve ser identificado e conter: 1 avental descartável, gorro, máscara de proteção, óculos de proteção, 2 pares de luvas de PVC, compressas absorventes, 1 pá pequena e escova, solução fisiológica para lavagem dos olhos, propés descartáveis, 2 sacos plásticos específicos para descarte de agentes citotóxicos, sabão neutro e água para limpeza da área.

### 2. Acidentes Pessoais: Quando ocorrer contaminação de luvas, máscaras, ou contato direto com pele e olhos:

- Remover imediatamente as luvas ou máscaras e descartar como material contaminado.
- A área da pele afetada deve ser lavada com água e sabão em abundância (não utilizar solução germicida). Os olhos devem ser lavados imediatamente, com água ou solução fisiológica, por pelo menos cinco minutos.
- Notificar o médico responsável da Medicina do Trabalho.

### 3. Pequenos Derramamentos compreendem aqueles com menos de 5ml ou 5g que ocorrem fora da área da cabine. Devem ser limpos imediatamente usando o “**Kit para acidentes**”.

- Os líquidos devem ser limpos com compressa absorvente seca. Os sólidos devem ser inicialmente limpos com compressa absorvente seca, toda substância residual deve ser, então, eliminada com auxílio de compressas umedecidas com água. Posteriormente, a área deve ser limpa usando solução detergente seguida por uma última lavagem com água.
- Os fragmentos de vidro devem ser colocados em um recipiente de papelão ou embalagem plástica resistente, que deve ser acondicionado em saco plástico específico para descarte de agentes citotóxicos. Todo material utilizado durante a limpeza deve ser desprezado da mesma forma.

4. Grandes derramamentos compreendem aqueles maiores que 5ml ou 5g. A área deve ser limitada com material absorvente. No caso de pó, envolver com material absorvente umedecido, evitando a formação de aerossóis. O acesso à área do derramamento deve ser restrito.

- Os equipamentos de proteção individual devem ser utilizados.
- Todas as superfícies contaminadas devem ser limpas com solução detergente e, então, lavadas com água.
- Todos os materiais contaminados devem ser descartados em saco plástico específico para descarte de agentes citotóxicos.

5. Derramamento em Cabine de Segurança Biológica:

- Os líquidos devem ser limpos com compressa absorvente seca.
- Os sólidos devem ser inicialmente limpos com compressa absorvente seca.
- Toda substância residual deve ser, então, eliminada com auxílio de compressa umedecida. Posteriormente, a área deve ser limpa com álcool 70%.

**ANEXO G**  
**Certificados**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE  
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON  
CENTRO DE ESTUDOS Dr. SÉRGIO F. PIZANI MÜLLER



# Certificado

Certificamos que **ALINE FERNANDES DA ROSA**  
Participou do **SIMPÓSIO DOENÇAS AUTO-IMUNES, ANTICORPOS MONOCLONAIS  
E TRANSPLANTE AUTÓLOGO**, promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas -  
CEPON/SC e Centro de Estudos Dr. Sérgio Felipe Pizani Muller, realizado no Mercure  
Apartments Itacorubi – Florianópolis em 27/10/06, com carga horária de 4 (quatro) horas.

  
Marco Antonio Silva Rotolo  
Diretor do Centro de Pesquisas  
Oncológicas/CEPON

Florianópolis, 27 de outubro de 2006.

  
Karin Beatriz Stoeterau  
Presidente do Centro de Estudos



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE  
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON  
CENTRO DE ESTUDOS DR. SÉRGIO F. PIZANI MULLER



# Certificado

Certificamos que **SÍLVIA TIEKO KITAHARA**  
Participou do **SIMPÓSIO DOENÇAS AUTO-IMUNES, ANTICORPOS MONOCLONAIS  
E TRANSPLANTE AUTÓLOGO**, promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas -  
CEPON/SC e Centro de Estudos Dr. Sérgio Felipe Pizani Muller, realizado no Mercure  
Apartments Itacorubi – Florianópolis em 27/10/06, com carga horária de 4 (quatro) horas.

  
Marco Antonio Silva Rötolo  
Diretor do Centro de Pesquisas  
Oncológicas/CEPON

Florianópolis, 27 de outubro de 2006.

  
Karin Beatriz Stoeterau  
Presidente do Centro de Estudos

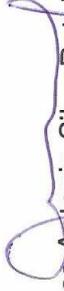


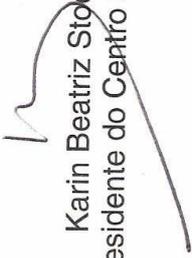
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE  
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON  
CENTRO DE ESTUDOS DR. SÉRGIO F. PIZANI MÜLLER



# Certificado

Certificamos que **CAROLINA D'ÁVILA**  
Participou do **SIMPÓSIO DOENÇAS AUTO-IMUNES, ANTICORPOS MONOCLONAIS  
E TRANSPLANTE AUTÓLOGO**, promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas -  
CEPON/SC e Centro de Estudos Dr. Sérgio Felipe Pizani Muller, realizado no Mercure  
Apartments Itacorubi – Florianópolis em 27/10/06, com carga horária de 4 (quatro) horas.

  
Marco Antonio Silva Rotblo  
Diretor do Centro de Pesquisas  
Oncológicas/CEPON

  
Florianópolis, 27 de outubro de 2006.

Karin Beatriz Stoeterau  
Presidente do Centro de Estudos



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE  
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON  
CENTRO DE ESTUDOS DR. SÉRGIO F. PIZANI MÜLLER



# Certificado

Certificamos que **JULIANA MENDES NASCIMENTO**  
Participou do **SIMPÓSIO DOENÇAS AUTO-IMUNES, ANTICORPOS MONOCLONAIS**  
E **TRANSPLANTE AUTÓLOGO**, promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas -  
CEPON/SC e Centro de Estudos Dr. Sérgio Felipe Pizani Muller, realizado no Mercure  
Apartments Itacorubi – Florianópolis em 27/10/06, com carga horária de 4 (quatro) horas.

  
Marco Antonio Silva Rotolo  
Diretor do Centro de Pesquisas  
Oncológicas/CEPON

Florianópolis, 27 de outubro de 2006.

  
Karin Beatriz Stoeterau  
Presidente do Centro de Estudos