

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

CUIDANDO DA CRIANÇA/FAMÍLIA E EQUIPE NO
EXPERENCIAR DO CÂNCER INFANTIL A PARTIR DO
REFERENCIAL TEÓRICO DE WANDA DE AGUIAR HORTA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0425

Autor: Gaynett, Fernanda

Título: Cuidando da criança/família e eq



972491895 Ac. 241814

Ex.1 UFSC BSCCSM CGSM

Florianópolis

1999

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0425
Ex.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

CUIDANDO DA CRIANÇA/FAMÍLIA E EQUIPE NO
EXPERENCIAR DO CÂNCER INFANTIL A PARTIR DO
REFERENCIAL TEÓRICO DE WANDA DE AGUIAR HORTA

Relatório do Trabalho de Conclusão do Curso
De Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina

Acadêmicas:
Fernanda Gaynett
Giane Brasil

Orientadora:
Professora Ana Izabel Jatobá de Souza
Supervisora:
Enfermeira Rosângela Inês Whays

Florianópolis

1999

“Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz de um ser humano fáz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos teremos a trama da História Humana”
(Elisabeth Kübler-Ross, 1997, contra-capá).

AGRADECIMENTOS

✓ *À Deus, sempre presente ao nosso lado, guiando e iluminando nossos passos, transmitindo-nos força e sabedoria para seguir esta caminhada com amor e responsabilidade.*

✓ *Aos nossos pais pelos ensinamentos e valores repassados, pelo exemplo e dedicação ao longo de toda nossas vidas, estando presentes e participantes em mais esta etapa vivenciada.*

✓ *Aos nossos filhos Laryssa e Thiago por compartilharem de nossas caminhadas e fazerem parte de nossas vidas.*

✓ *Ao Alexandre, pela dedicação e compreensão pelos momentos de ausência nesta difícil caminhada.*

✓ *Ao Evandro que através da força e incentivo contribuiu para que concluíssemos esta importante etapa de crescimento.*

✓ *A todos os colegas, em especial a Ivana, pelo companheirismo e amizade durante toda trajetória acadêmica.*

✓ *À criança e família assistidos, pela paciência, compreensão e participação neste trabalho, por possibilitarem nosso crescimento profissional e pessoal, pela relação de carinho e amizade estabelecidos.*

✓ *Aos funcionários da unidade de oncologia do HIJG pelo carinho e dedicação com o qual nos receberam, oportunizando uma prática assistencial,*

permeada pela força, apoio e amizade; sempre dispostos a ajudar, tornando-se especiais em nossa caminhada.

✓ A orientadora Ana Izabel pela especial atenção e dedicação, pela amizade e carinho com o qual nos recebeu e guiou ao longo deste caminho, estando sempre disposta a ajudar, orientar, ensinar, favorecendo e viabilizando as atividades, pela paciência, estímulo e colaboração na trajetória de nossos passos

✓ A supervisora Rosângela inês Whays, por ter nos oportunizado o campo de estágio e nos incentivado, favorecendo e viabilizando as atividades.

✓ A Professora Rosane Nithiskch que oportunizou a realização deste trabalho, pela amizade e compreensão, tornando-se muito especial e de quem, com certeza, nunca esqueceremos.

RESUMO

Trata-se de uma proposta assistencial vivenciada pelas acadêmicas da VIII unidade curricular do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolvida no período de 09 de novembro a 30 de dezembro de 1998 na Unidade de Internação oncohematológica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, situado na cidade de Florianópolis- SC. O trabalho realizado teve como fundamento a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, tendo como objetivo principal a assistência de enfermagem integral a criança/família/equipe. Através da implementação do processo de enfermagem proposto por Horta e adaptado à área pediátrica as acadêmicas puderam elaborar, organizar e sistematizar a assistência prestada à criança e família buscando atendimento destas necessidades, ajudar, auxiliar, orientar e educar, integrando a família/equipe no cuidado à criança, favorecendo seu bem estar físico e mental. O Processo de Enfermagem foi aplicado em 10 crianças com diagnóstico de câncer e seus respectivos familiares durante o período de internação na unidade de oncohematologia. O desenvolvimento do trabalho mostrou a importância do apoio da equipe multidisciplinar durante as diversas fases do tratamento, possibilitou a identificação das necessidades afetadas da **criança** como as psicobiológicas, psicossociais e espirituais, tais como: o medo do desconhecido, o medo de processos invasivos, a baixa da auto-estima entre outras. As principais necessidades afetadas da **família** foram as de origem psicossociais e psicoespirituais tais como: a ansiedade diante da alta, o stress do cuidado prestado a criança e os retornos para o tratamento quimioterápico, entre outras. Na **equipe** foram encontradas necessidades de interação, o desgaste físico e emocional e a ausência de suporte institucional que pudesse apoiá-los nos momentos de stress. Como contribuição para a prática de enfermagem foi elaborado um instrumento de identificação das necessidades humanas básicas e uma prescrição padrão que poderá ser de grande importância para a assistência de enfermagem. O crescimento profissional e pessoal das acadêmicas se deu ao lidar diária e diretamente com crianças portadoras de câncer, seus familiares e a equipe, promovendo

momentos de interação e ajuda, estabelecendo relações de respeito e amizade, considerando-os como seres humanos capazes, únicos e individuais, fazendo por cada criança o que não era capaz de fazerem por si mesmos, educando e estimulando sempre que necessário, amenizando as dificuldades e possibilitando melhores condições de saúde, mesmo que momentaneamente, através de uma assistência integral, holística fortalecendo o binômio criança/família, gerando uma importante experiência para o futuro.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUZINDO A TEMÁTICA | 10 |
| 2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 16 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 3. APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL | |
| 3.1 Conhecendo a Autora | 17 |
| 3.2 Teoria das Necessidades Humanas Básicas..... | 18 |
| 3.3 Definição dos Conceitos..... | 19 |
| 3.4 Necessidades Humanas Básicas..... | 23 |
| 3.5 Processo de Enfermagem..... | 24 |
| 4. DESCREVENDO A METODOLOGIA | |
| 4.1 Descrição do Local..... | 27 |
| 4.2 População Alvo..... | 29 |
| 4.3 Plano de ação..... | 30 |
| 4.4 Aspectos Éticos..... | 35 |

5. REVISANDO A LITERATURA

| | |
|--|----|
| 5.1 O Mundo da Criança..... | 36 |
| 5.2 O Mundo da Família..... | 46 |
| 5.3 O Mundo da Equipe..... | 50 |
| 5.4 Um Mundo em Comum – O Cuidado..... | 53 |

6. A INTERPENETRAÇÃO DOS MUNDOS-RELATANDO OS RESULTADOS

| | |
|--|----|
| 6.1 Conhecendo a realidade da unidade..... | 61 |
| 6.2 Participando das atividades técnico/administrativas..... | 63 |
| 6.3 Elaborando o instrumento de identificação das N.H.B..... | 65 |
| 6.4 Planejando/executando e avaliando o cuidado prestado | 66 |
| 6.5 Aprimorando o conhecimento..... | 69 |
| 6.6 Realizando procedimentos assistenciais..... | 71 |
| 6.7 Proporcionando subsídios á prática..... | 72 |

7. TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

74

8. REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA.....

76

9. ANEXOS.....

78

1. INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O presente trabalho apresenta o relato da prática assistencial de enfermagem pertencente à disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Elaborado pelas acadêmicas de enfermagem : Fernanda Gaynett e Giane Brasil, tiveram como orientadora a professora de Enfermagem Ana Izabel Jatobá de Souza e como supervisora a Enfermeira Rosângela Inês Whays, responsável pela unidade de internação oncohematológica do Hospital Infantil Joana de Gusmão. O período de realização da prática assistencial foi de 09 de novembro à 30 de dezembro de 1998.

No decorrer deste trabalho seguimos o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Optamos por trabalhar com esta teoria pelo fato desta ter sido aquela com a qual mantivemos o primeiro contato no início do curso de graduação e por acreditarmos que seja a teoria que melhor se adaptava aos objetivos iniciais propostos.

O trabalho foi desenvolvido junto a criança com diagnóstico de câncer e seus familiares por acreditarmos que essa área necessita de estudos mais aprofundados e pelo interesse que isso nos desperta.

“ O desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais, dia a dia , garante-se seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e se prepara a criança para o futuro. O desenvolvimento significa também saúde. Não pode haver crescimento nem desenvolvimento satisfatório se a saúde da

criança está afetada por problemas crônicos , como a desnutrição” (Schmitz e cols. 1989, p.54.)

“ Para o pleno desenvolvimento as crianças necessitam , além da saúde, de amor e segurança, novas experiências, estímulos e de responsabilidades que gradativamente, devam cumprir desde o início de sua infância “ (Manciaux, 1984, citado por Schimitz e cols, 1989, pg. 429 – 438)

O crescimento e o desenvolvimento é uma experiência única que a criança vivencia. Qualquer doença ou situação que a impossibilite, torna-se estranho e até mesmo assustador. Quando falamos em crianças saudáveis, falamos naquela que brinca, corre, pula, dá gargalhadas, faz suas artimanhas, que são características próprias de cada idade.

Uma destas características presentes na infância é representado pelas fases de crescimento evolutivas, na quais a criança vai elaborando diferentemente, as relações consigo mesma, com os outros e com o mundo que a cerca. Como produto desta elaboração, surgirá outro capaz de identificar-se, de exercer autonomia e autocuidar-se, de experimentar diferentes formas de afeto e outros sentimentos.

A criança requer para garantia do processo de crescimento e higiene mental, a satisfação de suas necessidades afetivo-emocionais.

A criança que representa a esperança, o futuro, também sofre, adocece e morre. A criança também pode vir a ser diagnosticada com uma patologia como o câncer. Creemos não existir até o momento em que vivemos , doença que mais nos amedronte do que o câncer, tal como a AIDS, na atualidade.

Ao lado da criança com câncer está a sua família, que sofre todo um estresse emocional desde o impacto do diagnóstico e durante todos os estágios da doença e do tratamento. O estilo da família muda, após saber que um de seus membros é portador de uma doença. Poucas doenças criam um grau de angústia tão intenso como esta enfermidade para o cliente e família. Estas reações são plenamente justificáveis, pelas consequências que traz para o homem, a família e a comunidade.

Segundo nossa cultura, a palavra “câncer” tornou-se sinônimo de morte. Para muitos pais esse significado evidente através de expressões que exprimem um sentimento de culpa que vem com o diagnóstico. Expressões como: “ Onde eu errei? “ , “ O que fiz para pagar este preço?”, “ Porque não aconteceu

comigo?”, podem vir acompanhados das mais variadas reações como: revolta, negação, blasfêmia, entre outros:

“A família é um sistema aberto, e como tal contém todos os elementos de um sistema-estrutura, propósito ou função e organização interna. A família consiste em elementos que interagem mutuamente entre si e com seu ambiente. Como em qualquer sistema, qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros”. (WHALEY & WONG, 1989, p. 21).

Quando uma criança fica doente ocorre mudança em todos os membros da família, inclusive a troca de papéis, isto interfere também nas necessidades humanas básicas da família, como a sexualidade do casal, o sono e repouso, a separação do restante da família, entre outros.

As bases da assistência à criança hospitalizada tem se modificado nas últimas décadas em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais. Estas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, tipos de problemas a serem identificados, objetivos, a abrangência da assistência, a composição e interrelacionamento da equipe de saúde. (SCHMITZ & COLS, 1989).

Daí a importância de se fazer uma assistência integrada à criança/família e equipe e aplicar um instrumento de identificação das necessidades humanas básicas afetadas durante este processo.

A enfermeira pediátrica junto com sua equipe deverá por em prática medidas de prevenção das conseqüências mórbidas da hospitalização infantil e àquelas que garantam a continuidade de seu desenvolvimento.

Schmitz e cols, (1989) afirmam que “O importante é não se envolver emocionalmente a ponto de não controlar sentimentos pessoais que, em nada, serão terapêuticos ou profissionais”. Acreditamos que na área oncológica é quase impossível não envolver-se, portanto compreendemos que este aspecto no sentido de que o envolvimento dispensado à criança/família deve ser de forma empática, a fim de que o profissional preserve suas forças possibilitando ajudar aqueles que cuidam. Este é um desafio inerente à assistência às pessoas com diagnóstico de câncer, pois esta palavra muitas vezes significa dor e morte, para a maior parte da sociedade. No sentido de responder a este desafio, o enfermeiro precisa primeiramente, identificar suas próprias reações diante do

câncer e estabelecer objetivos realísticos que possam ser atingidos. Precisa estar preparado para sustentar o paciente e sua família através de uma ampla faixa de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, proporcionando apoio realístico àqueles sob sua assistência usando como base dessa assistência padrões da clínica e do processo de enfermagem. (BRUNNER & SUDDARTH, 1994). Daí a importância de assistir a criança/família e equipe dentro do contexto em que vivem.

Prestamos assistência à criança/família e equipe aplicando o processo de enfermagem de Horta (1979) adaptado à área pediátrica. Com relação a equipe foi utilizado o diálogo como forma de comunicação para identificação de suas necessidades afetadas.

Constatamos que a equipe nem sempre recebe o apoio necessário para lidar com os desafios requeridos pela situação. Muitas vezes, a equipe não reconhece a necessidade de solicitar ajuda frente a determinadas situações de desgaste emocional e físico vivenciados. Em outras ocasiões desconhecem os caminhos para fazê-lo.

A equipe de enfermagem pode ter atitudes negativas frente a evolução da doença por desconhecimento ou preconceitos que acabam dificultando o relacionamento delas com os pacientes oncológicos. É importante que a equipe seja instruída e reexaminem, antes de mais nada, seus sentimentos, renovem seus conhecimentos, a fim de terem uma idéia certa do que vem a ser o câncer, pois o paciente e seus familiares estarão buscando ajuda em todos os estágios da doença. (GUELLER, 1993). Tudo isto reforça ainda mais a necessidade da equipe de enfermagem estar atualizada nos conhecimentos sobre a doença, tornando-se importante o compartilhar de vivências e experiências.

A comunicação é essencial na enfermagem pediátrica. Essa é a habilidade mais importante a ser utilizada na avaliação de crianças e suas famílias e representa uma forma de estabelecer relacionamentos de confiança com estas pessoas. A comunicação consiste em todos aqueles comportamentos através dos quais uma pessoa, consciente ou inconscientemente, afeta uma a outra. Todos os comportamentos transmitem uma mensagem, até mesmo a tentativa de não se comunicar produz uma impressão particular. Inerentes a comunicação são o poder da observação, a utilização de todos os sentidos e a influência intangível da intuição. (WHALEY & WONG, 1989).

A comunicação como parte do papel da enfermagem constitui uma técnica, é o instrumento no qual deve-se compreender os princípios que fornecem a base para a ação. Os relacionamentos são formados por meio da comunicação e é através desta que as mudanças podem ocorrer.

No que se refere ao câncer e aos sentimentos da criança/família e equipe devemos estar preparados para lidar com a palavra morte.

“Muitos são os fatores determinantes da falta de aceitação das mortes produzidos pela nossa cultura, em especial se ocorrida na infância. Mas a criança, que representa a esperança e o futuro também sofre, adocece e morre.” (SCHMITZ & COLS, 1989, p.58)

Devemos refletir sobre problemas do paciente pediátrico terminal e de sua família, diante da morte e sobre a assistência que se impõe. “Falar da morte na infância é trágico e doloroso, uma vez que a criança nos inspira vida, futuro e esperança” (SCHMITZ & COLS, 1989, p.140).

“Para os profissionais da saúde é importante compreender o homem como unidade biopsicosocial e espiritual para poder assistir as necessidades da criança de modo a favorecer-lhe uma melhor qualidade de vida. Ajudar uma criança que está morrendo é atender ao seu pedido de não ser deixada só.” (SCHMITZ & COLS, 1989, p.143).

“Quando crescemos e começamos a perceber que nossa onipotência não é tão onipotente assim, que nossos desejos mais fortes não tem força suficiente para tornar possível o impossível, desaparece o medo de se ter contribuído para a morte de um ente querido, por conseguinte, some a culpa, o medo desaparece subjacente, mas só enquanto não for fortemente despertado. Seus vestígios podem ser vistos diariamente nos corredores dos hospitais e no rosto de quem acompanha os desolados.” (KÜBLER-ROSS, 1997, p. 43).

O fato de que as crianças participem das conversas, da discussões e dos temores faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes conforto de uma responsabilidade e luto compartilhados. É uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer. (KÜBLER-ROSS, 1997).

Estas palavras de Kübler-Ross nos fizeram pensar possibilitando momentos de reflexão que nos ajudaram a caminhar. Iluminadas por Horta

(1979), trilhamos o caminho da assistência à criança com diagnóstico de câncer, à família e a equipe que a rodeia, e essa é a história que temos para contar.

2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem a criança/família/equipe em uma unidade oncológica pediátrica, a partir do referencial de Wanda de Aguiar Horta.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Conhecer a realidade do cuidado prestado à criança/família na unidade de oncohematologia

✓ Participar das atividades técnico-administrativas da unidade de oncohematologia.

✓ Elaborar um instrumento de identificação das necessidades humanas básicas afetadas da criança/família/equipe.

✓ Planejar, executar e avaliar o cuidado prestado à criança/família/equipe a partir da identificação das necessidades.

✓ Aprimorar o conhecimento técnico/científico/pessoal.

✓ Realizar procedimentos referentes a prática assistencial.

✓ Proporcionar subsídios teóricos/práticos para a prática de enfermagem.

3. APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL

3.1 CONHECENDO A AUTORA

Wanda de Aguiar Horta foi uma idealista, cientista, uma pioneira, na enfermagem brasileira. Foi professora durante 20 anos na escola de Enfermagem da USP. Em 1963, introduziu na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, o plano de cuidados, sendo publicado somente em 1970. Em 1968, desenvolveu um método que proporcionou a observação dos aspectos físicos, dos problemas de enfermagem, com intuito de introduzir a técnica de observação sistematizada na prática. Após isto, desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas e criou a revista "Enfermagem em Novas Dimensões".

Foi a pioneira no Brasil a incentivar a utilização de uma teoria que servisse de guia para o planejamento, direcionamento, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem, baseando-se por sua vez, na motivação humana segundo Maslow e adotando a classificação das Necessidades Humanas Básicas de João Mohana.

Sua última publicação foi o livro Processo de Enfermagem em 1979, que contém a teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua operacionalização.

Faleceu em 1982, após vários anos de sofrimento com uma doença que a impediu de aperfeiçoar seu trabalho, nos últimos anos de vida. A obra desta autora é considerada um marco indelével na enfermagem brasileira e vem sendo utilizada até os dias de hoje.

3.2 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Esta teoria se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, a lei do equilíbrio: todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre seus seres; a lei da adaptação: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: o universo é um todo, a célula é um todo. Esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser. (Horta, 1979). Portanto, a teoria de Wanda Horta se apoia em leis: do equilíbrio, adaptação e holismo. Pergunta-se: O que vem a ser Necessidades Humanas Básicas? Há inúmeros conceitos, e segundo alguns autores nenhum deles satisfaz plenamente, mas é possível estabelecer bases fundamentais para reformular indagações, abordagens e reformulações.

Optamos por organizar um marco conceitual a partir de conceitos e pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, adequando-os aos cuidados da criança, família e equipe numa unidade de internação oncohematológica.

3.3 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

1)Ser humano/Indivíduo/Familiares-

“É um todo, está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram no ser humano necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio no tempo e no espaço”. (HORTA, 1979, p.28)

2)Necessidades Humanas Básicas-

“Estado de tensão conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades humanas básicas são universais”. (HORTA, 1979, p.39)

3)Saúde-

“É estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. (HORTA, 1979, p.29)

4)Enfermagem-

“É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (HORTA, 1979, p.29)

5)Assistência de Enfermagem-

“É a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano” (HORTA, 1979, p.30)

6)Cuidado de Enfermagem-

“É a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano” (HORTA, 1979, p.36.)

7)Equipe de Enfermagem-

São seres humanos em constante interação com o universo, dando e recebendo energia, que assistem o ser-cliente ou paciente que necessitam de cuidados em qualquer fase de seu ciclo vital e do seu ciclo saúde-enfermidade. Em outras palavras é “Gente que cuida de gente” (HORTA, 1979, P. 3)

8)Enfermeiro-

“É um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, e aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos” (HORTA, 1979, p.3.)

Para a organização do marco conceitual, elaboramos conceitos necessários para a prática do cuidado, baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. São eles:

✓ Ser criança-

É um ser humano que está começando sua experiência de vida, estando num estado de desenvolvimento e crescimento contínuo, necessitando de cuidados principalmente maternos e paternos, para que tenham um equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Faz parte de uma unidade familiar, e necessita que suas necessidades psicobiológicas, psicosociais e psicoespirituais sejam atendidas por um ser humano capaz de prover cuidados a ela.

✓ Câncer-

É uma patologia agressiva, que necessita de tratamento cirúrgico e/ou radioterápico e/ou quimioterápico, juntamente ou não com terapias alternativas, podendo ter prognósticos sombrios ou satisfatórios, onde existe cura, ou sobrevida, ou morte, dependendo de muitos fatores da doença, da criança e de tudo que a cerca.

✓ Morte-

É o fim inevitável de todos nós, porém acreditamos ser uma passagem para outro plano de vida, é uma experiência única que não se repete. É um mistério para todos nós. Significa uma das experiências do viver.

✓ Quimioterapia-

É uma forma de tratamento agressivo, que além de destruir células anormais, também destrói células normais, provocando alterações em todo o metabolismo orgânico. Ao mesmo tempo que tem por objetivo o atendimento de

algumas necessidades básicas, também pode afetar outras, provocando estado de desequilíbrio.

✓ Ambiente-

É o local onde o ser humano está inserido no qual ocorre a troca de matéria e energia um com o outro. O ser humano sofre grande influência do meio ambiente. Nesta proposta o ambiente que está em foco principal e onde está inserido o paciente com câncer. Este precisa de equilíbrio no ambiente em que vive, para buscar a satisfação de suas necessidades.

✓ Família-

São seres humanos que geralmente vivem juntos no mesmo ambiente necessitam de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço para satisfazerem suas necessidades. Cuidam-se e protegem-se uns aos outros, formando uma unidade familiar. Quando ocorre um estado de desequilíbrio devido ao atendimento inadequado das necessidades humanas básicas, todos são atingidos. São seres humanos que se distinguem dos demais seres por sua capacidade de reflexão, por serem dotados do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. (HORTA, 1979, p. 28).

3.4 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, (Horta, 1979, p.40.):

✓ Necessidades Psicobiológicas – oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, integridade cutâneo mucosa, integridade física, regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica.

✓ Necessidades Psicossociais – segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção.

✓ Necessidades Psicoespirituais – religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.

3.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Distinguem-se seis fases ou passos:

1. Histórico de Enfermagem
2. Diagnóstico de Enfermagem
3. Plano Assistencial de Enfermagem
4. Prescrição de Enfermagem
5. Evolução
6. Prognóstico

Histórico de Enfermagem

“É um roteiro sistematizado para levantamento de dados do ser humano que torna possível a identificação de seus problemas” (HORTA, 1979, p.36.)

Para coletar dados, Horta (1979) utilizou as classificações de João Mohana em seus três modelos de Histórico, possibilitando o levantamento de problemas do indivíduo por necessidades e permitindo visualizá-lo como um todo, indivisível e único.

Diagnóstico de Enfermagem

É a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Plano Assistencial

É a determinação global da assistência de enfermagem, que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Prescrição de Enfermagem

É a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano. A prioridade dos clientes é fundamental nas prescrições, como também a checagem das mesmas.

Evolução de Enfermagem

“É o relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional” (HORTA, 1979, p.36)

Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

Prognóstico de Enfermagem

“É a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 1979, p.36.)

4. DESCRREVENDO A METODOLOGIA

4.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL

O desenvolvimento do nosso trabalho foi em uma instituição hospitalar, situada no bairro Agrônômica, município de Florianópolis. A instituição escolhida foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), referência do Estado de Santa Catarina.

O hospital atende crianças de 0 a 14 anos. A área física é de 22.840 metros quadrados e dispõe de emergência, Rx, farmácia, laboratório, banco de sangue, banco de leite, lavanderia, copa, costura, centro cirúrgico, centro de estudos, unidade de queimados, unidade de internação nas mais diversas áreas.

O HIJG oferece as seguintes especialidades: anesthesiologia, cardiologia, cirurgia plástica e geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, oncohematologia, ortopedia, otorrinolaringologia, patologia clínica, pediatria geral, pediatria hebeatra (área de adolescentes), pneumologia, psiquiatria e radiologia.

Possui capacidade para 250 leitos, tendo somente 154 destes ativados.

O quadro de funcionários de totaliza em 809 funcionários, sendo:

| | |
|--|-----|
| Técnico Atividades Administrativas (TAA) | 81 |
| | |
| Enfermeiro | 37 |
| | |
| Agente de Atividade de Saúde (AAIII) | 224 |
| | |
| Agente de Serviços Gerais | 220 |
| | |
| Médico | 101 |
| | |
| Técnico Atividade | 81 |
| | |
| Pedagogo | 03 |
| | |
| Assistente Social | 03 |
| | |
| Psicólogo | 01 |
| | |
| Artífice II | 33 |
| | |
| Administrador | 02 |
| | |
| Farmacêutico | 01 |
| | |
| Motorista | 05 |
| | |
| Nutricionista | 04 |
| | |
| Bibliotecário | 01 |

| | |
|------------------------------------|----|
| | |
| Agente de Atividade Administrativo | 01 |
| | |
| Fonoaudiologia | 01 |

Unidade de Internação Oncohematológica

O nosso estágio foi desenvolvido na Unidade de Oncohematologia que possui 14 leitos, tendo 07 destes ativados em função do número insuficiente de funcionários para ativação do restante.

Atualmente a unidade dispõe de 01 sala de chefia; 01 sala de preparo de medicações; 01 posto de enfermagem; 01 sala de curativo; 01 sala de reuniões com banheiro; expurgo; 04 salas sendo cada uma com 02 leitos e 01 banheiro; 02 salas de isolamento com banheiros, sendo que uma delas é desativada; 01 sala de recreação e copa e 01 sala de funcionários.

A unidade dispõe de 14 funcionários, sendo 11 auxiliares de enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 01 técnica administrativa e 01 enfermeira.

4.2 POPULAÇÃO ALVO

Crianças internadas, suas famílias e a equipe de enfermagem.

4.3 PLANO DE AÇÃO

Os objetivos listados abaixo pretendem retomar os pontos básicos traçados no projeto assistencial a fim de que possamos reconstituir a trajetória.

Objetivo Específico 1 –

Conhecer a realidade do cuidado prestado à criança/família na unidade de oncohematologia.

Estratégias –

- a) Familiarizar-se com a unidade de internação oncológica (observando, analisando e interagindo);
- b) Consultar e estudar bibliografia específica clássica e atualizada;
- c) Conhecer como a assistência ocorre na unidade;
- d) Conhecer as formas de tratamento preconizados na unidade;
- e) Conhecer as normas e rotinas da unidade;
- f) Conhecer os serviços prestados no ambulatório de oncohematologia.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se tivermos conseguido nos familiarizar com a unidade, conhecer as formas de tratamento, de assistência, as normas e rotinas e os serviços prestados no ambulatório.

Objetivo Específico 2 –

Participar das atividades técnico-administrativas da unidade de oncohematologia.

Estratégias –

- a) Conhecer as rotinas técnico-administrativas como internação, alta, pedido de materiais, encaminhamentos para exames, entre outras;
- b) Executar atividades técnico-administrativas;
- c) Contribuir com sugestões sobre os aspectos técnico-administrativos da unidade.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado a partir do conhecimento e execução das rotinas técnico-administrativas, como também pela contribuição através de sugestões para a unidade.

Objetivo Específico 3 –

Elaborar um instrumento para identificação das necessidades humanas básicas afetadas da criança/família/equipe.

Estratégias –

- a) Aprofundar o conhecimento sobre o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta e a sua aplicação na prática de enfermagem à criança/família/equipe na unidade de internação oncohematológica;

b) Conhecer a realidade do cuidado prestado a criança/família/equipe na unidade de internação oncohematológica;

c) Elaborar um instrumento de avaliação, identificando as necessidades afetadas da criança/família a partir de Wanda Horta;

d) Buscar subsídios para contemplar a identificação das necessidades afetadas através da interação, do diálogo e exame físico da criança/família.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se tivermos elaborado um instrumento de identificação das necessidades afetadas da criança/família/equipe.

Objetivo Específico 4 –

Planejar, executar e avaliar o cuidado prestado à criança/família/equipe a partir da identificação das necessidades.

Estratégias –

Utilizar o instrumento de identificação das necessidades para planejar, executar e avaliar o cuidado prestado a criança/família/equipe;

Desenvolver as etapas de Histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial de enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se tivermos aplicado o processo de enfermagem, integrando as etapas do processo em pelo menos 10 crianças/famílias internadas.

Objetivo Específico 5 –

Realizar procedimentos referentes a prática assistencial.

Estratégias –

- a) Preparar e administrar medicações prescritas;
- b) Adquirir conhecimentos no manejo e cuidados com quimioterapia;
- c) Fornecer orientações à família e a criança de acordo com as necessidades identificadas;
- d) Aprimorar a execução de técnicas de enfermagem;
- e) Buscar interação com a equipe multidisciplinar para desenvolver a assistência;
- f) Observar e avaliar os exames de diagnóstico e tratamento para os cuidados necessários;
- g) Compartilhar com os funcionários suas experiências frente ao cuidado com a criança oncológica;
- h) Proporcionar cuidados integrais à criança/família de acordo com as necessidades identificadas.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se tivermos realizado a prática assistencial, obedecendo os passos estratégicos.

Objetivo Especifico 6 –

Aprimorar o conhecimento técnico/científico e pessoal sobre a vivência do diagnóstico de câncer na infância.

Estratégias –

- a) Participar de cursos, jornadas, congressos e visitar outras instituições oncológicas;
- b) Desenvolver estudos consultando literatura clássica e atualizada relacionada aos assuntos oncológicos pediátricos;
- c) Realizar técnicas de enfermagem e processo de enfermagem;

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se tivermos participado de eventos relacionados a área oncológica, visita à instituições da área e o desenvolvimento de estudos e técnicas pertinentes a oncologia.

Objetivo Específico 7 –

Proporcionar subsídios teórico-práticos para a prática de enfermagem e para o experienciar do diagnóstico do câncer infantil.

Estratégias –

- a) Elaborar instrumentos de coleta de dados para subsidiar a prática;
- b) Compartilhar materiais teóricos referentes a oncologia pediátrica, tanto os já existentes, como o produzido pelo grupo. Através de apresentação, publicação e discussão.

Avaliação –

O objetivo terá sido alcançado se conseguirmos elaborar instrumentos de coleta de dados e compartilharmos materiais teóricos pertinentes a oncologia pediátrica, através de publicação, apresentação e discussão.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estágio foi realizado sob os princípios éticos que regem as profissões da área de saúde.

A ética esteve presente nas ações realizadas. Ao assistir a criança/família procuramos respeitar suas vontades sob todas as circunstâncias, procurando sempre satisfazê-las. Foi solicitado o consentimento verbal das famílias e da equipe para a participação do trabalho desenvolvido e autorização para a publicação de fotos durante a apresentação do relatório.

A ética profissional deve fazer parte de cada profissional, fazendo valer-se em todas as situações vividas.

Vázquez, citado por Germano (1993, p.38.), define ética como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade [...] como ciência da moral não pode ser concebida como dada de uma vez para sempre, mas tem de considerá-la como um aspecto da realidade humana mutável com o tempo”. Cita ainda que a moral, que considera o objeto da ética, vivida na sociedade, muda historicamente de acordo com as reviravoltas que ocorrem em virtude do desenvolvimento social.

É a partir da visão de mundo, de ser humano, o respeito mútuo e o estudo da ética enquanto ciência, que são definidos os princípios éticos e morais que irão nortear a assistência profissional, sob uma visão holística do cliente, em todos os seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais, considerando-o e respeitando-o como ser humano que é, com dignidade, liberdade e capacidade.

5. REVISANDO A LITERATURA

Para o desenvolvimento do trabalho, organizamos as idéias trazidas pelos autores sobre criança/família/equipe que vivenciam o câncer. Didaticamente inspiradas em MOTTA (1998), separamos nas seguintes partes: **O Mundo da Criança; O Mundo da Família; O Mundo da Equipe; e O Mundo Comum**, no qual se encontra o mundo do cuidado. A separação é apenas a nível acadêmico, pois o tríplice mundo da criança/família/equipe não pode ser separado, se interpenetram, estão em constante movimento, formando um quarto mundo: o mundo do cuidado.

O foco da assistência é a criança, promovendo melhor qualidade de vida, incentivando a integração da família, fortalecendo-a como unidade básica da assistência. Considerando que a equipe é integrante desse mundo, e participa no cuidado de ambos é importante o apoio frente ao desgaste emocional e físico que envolve a mesma.

5.1 O Mundo da Criança

“Essencialmente todas as crianças são semelhantes. Seguem o mesmo padrão de desenvolvimento e maturação, enquanto que, ao mesmo tempo, sua constituição hereditária sua cultura e suas experiências fazem de cada uma delas um indivíduo distinto e único. As crianças diferem quanto sua velocidade de crescimento, sua estatura final e suas capacidades, bem como quanto à forma pela qual respondem seu ambiente. Entretanto, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, de suas condições de saúde ou da situação em que se encontre, a criança é antes de tudo uma criança.” (WHALEY & WONG, 1989,

p.14). Embora a criança apresente inúmeras possibilidades de ser e interagir, esta criança também pode estar sujeita às inúmeras circunstâncias do viver. Entre estas está a possibilidade de vir a desenvolver uma doença como o câncer.

Segundo Hauff (1998), o câncer em crianças, apesar de relativamente raro, é a terceira causa de morte na infância em nosso país. No Brasil, os dados epidemiológicos ainda são incompletos, mas pode-se afirmar que pelo menos 5.000 novos casos são diagnosticados anualmente em crianças até 15 anos.

NEOPLASIAS MAIS FREQUENTES EM CRIANÇAS < 15 ANOS

| | |
|----------------------------------|-----|
| Leucemia Linfocítica Aguda | 23% |
| Tumor de Sistema Nervoso Central | 21% |
| Neuroblastoma | 8% |
| Linfoma Não Hodgkin | 6% |
| Doença de Hodgkin | 5% |
| Leucemia Mielóide Aguda | 4% |
| Retinoblastoma | 5% |
| Rabdomiossarcoma | 3% |
| Osteossarcoma | 3% |
| Sarcoma de Ewing | 2% |
| Outros | 20% |

Fonte: Steuber & Nesbit. *Sinais e sintomas do câncer na infância.*

No Brasil, infelizmente, a maioria das crianças com neoplasia chega para tratamento com doença localmente avançada ou disseminada. Assim, considera-se fundamental suspeitar do diagnóstico de câncer para que se maximizem as chances de cura pelo diagnóstico precoce.

Aproximadamente 60 % das neoplasias pediátricas podem ser curadas com a instituição do tratamento adequado em centros especializados multidisciplinares. O tratamento é iniciado após confirmação do **diagnóstico** e o **estadiamento**. O tratamento é planejado, podendo ser cirúrgico, e/ou radioterápico e/ou quimioterápico, de acordo com a doença e sua extensão (estadiamento).

A **história** e o **exame físico** são as principais pistas para o diagnóstico. Na história, a queixa principal é a pista inicial mais importante. A história familiar de neoplasia, além de doenças genéticas tal como a neurofibromatose, síndrome de Down, imunodeficiências, etc., reforçam a suspeita.

Pelo menos 85% das neoplasias pediátricas estão associadas aos sinais e sintomas listados a seguir, causados por uma massa e suas relações com os tecidos vizinhos.

Os principais sinais e sintomas do câncer na infância segundo Hauff apud Steuber & Nesbit, 1997, são febre, linfadenopatia, dor óssea e/ou articular, cefaléia que pode estar associada a complicações neurológicas, dor ou aumento do volume abdominal, palidez, alterações hematológicas como sangramentos, petéquias, equimoses, perda de peso, em alguns casos, exoftalmia, nódulos subcutâneos, leucocoria (reflexo de olho de gato), estrabismo, puberdade precoce e anomalias congênitas.

A maioria dos tumores em crianças (cerca de 60%) são infratentoriais, o que significa que se localizam no terço posterior inferior do cérebro e abaixo do tentório (porção da dura-máter em forma de tenda entre cérebro e o cerebelo). Um número menor é supratentorial, ou dentro dos dois terços superiores do cérebro.

As neoplasias podem surgir a partir de qualquer célula dentro do crânio, e o tumor reflete o tipo de célula que o originou. Os gliomas, que surgem a partir das células gliais, as estruturas de sustentação do cérebro, são os tumores cerebrais mais comuns em crianças. Exceto quando indicado, todos os tumores descritos são gliomas.

“As principais neoplasias intracranianas da infância podem ser, Infratentoriais: Astrocitoma cerebelar, Meduloblastomas, Gliomas do tronco encefálico e Ependimomas e Supratentoriais: Craniofaringiomas, Tumores cerebrais e Gliomas do nervo óptico.

Segundo Whaley & Wong (1989) os sinais e sintomas neurológicos relacionam-se diretamente com sua localização anatômica, tamanho e, em certo grau, com a idade da criança. São eles: cefaléia, vômitos, fraqueza, inclinação da cabeça, defeitos visuais, mudanças de comportamento, neuropatia craniana, convulsões, distúrbios dos sinais vitais, aumento do crânio e edema da papila.

A avaliação diagnóstica baseia-se nos sinais clínicos e uma série de exames neurológicos, como as técnicas de obtenção de imagens.

O tratamento de escolha é a extirpação total sem dano neurológico residual. Nos casos em que a ressecção cirúrgica é limitada, inicia-se a irradiação e a quimioterapia. As drogas geralmente usadas são nitrosiluréias, vincristina, metotrexate, procarbazina, cis-platina, prednisona e mostarda nitrogenada em combinações variadas.

Os tumores sólidos mais comuns em crianças são: o **neuroblastoma** cuja incidência é de 1 por 10.000 nascidos vivos e ocorre em crianças com menos de dois anos de idade, e um outro quarto em crianças em crianças menores de quatro anos, (Whaley & Wong, 1989). O **tumor de Wilms**, nefroma ou nefroblastoma é o tumor intra-abdominal mais freqüente na infância e o tipo mais comum de câncer renal, com maior incidência em meninos na idade de 3 anos. A taxa de sobrevivência no tumor de Wilms é uma das mais elevadas entre os cânceres na infância. As crianças com tumor localizado (estádio I e II) tem uma chance de 90% de cura com o tratamento multimodal. Nas crianças com metástases, as taxas de sobrevivência são de aproximadamente 50%. A metástase se dá mais comumente para os pulmões, seguidos pelo fígado, ossos e cérebro. (Whaley & Wong, 1989). O **sarcoma de Ewing** também se inclui nos tumores de maior incidência pediátrica, surge nos espaços medulares do osso, os invés de originar-se do tecido ósseo. Os principais pontos de origem são as diáfises dos ossos longos e os ossos do tronco. A ocorrência é maior em pacientes com menos de 30 anos de idade, a maioria entre 4 e 25 anos. (Whaley & Wong, 1989). Muitas famílias se sentem aliviadas ao saber que este tipo de câncer não requer amputação, mas precisam ser informadas quanto ao tratamento e ao estresse que a criança está imposta a enfrentar pela medidas terapêuticas, o que torna um momento de vida muito doloroso e traumático tanto para a família quanto para a criança. A criança precisa de um preparo e apoio para se ajustar aos efeitos da quimioterapia e da radioterapia que provocam descamação cutânea seca ou úmida, seguida de hiperseguimentação e queda do cabelo, náuseas, vômitos severos, neuropatia periférica e possível cardiotoxicidade, respectivamente.

Devem ser tomadas todas as providencias para que a criança se restabeleça e tenha a máxima recuperação para que possa levar um estilo de vida normal.

No **osteosarcoma** que é a neoplasia maligna óssea encontrada com maior freqüência em crianças; sua incidência máxima ocorre entre 10 e 25 anos. As principais localizações do tumor primário são as diáfises dos ossos longos, especialmente nas extremidades inferiores, mais de 50% dos ossos comprometem o fêmur, principalmente em sua região distal, os restantes atingem o úmero, a tibia, a pelve, a mandíbula e as falanges. (WHALEY & WONG 1989).

O tratamento radical e obrigatório e consiste na cirurgia ablativa radical, seguida de quimioterapia intensiva. Dependendo da localização do tumor, a cirurgia requer a amputação da extremidade comprometida, pelo menos 7,5 cm acima da margem proximal do tumor, ou acima da articulação proximal do osso atingido. (WHALEY & WONG, 1989).

A quimioterapia é iniciada após a cirurgia, variando de dois a três anos de tratamento, no caso de metástases.

Segundo Whaley & Wong, (1989), a principal intervenção de enfermagem é o preparo da criança e da família quanto a amputação. A criança precisa estar consciente que não existe tratamento alternativo, é preciso honestidade para obter a confiança. O paciente deve dispor de alguns dias para preparar-se psicologicamente para a cirurgia, deve-se deixar viver o processo de luto, onde ocorrerá reações das mais diversas como a negação. Os pacientes ficam revoltados com todas as modificações drásticas que ocorrem em seu corpo, como a queda de cabelo e a amputação. E necessário informar o paciente, enfatizando aspectos positivos, evitando o acúmulo de informações.

As informações corretas e verdadeiras no momento certo são alicerces para a família e a criança poderem enfrentar esse processo de aceitação e busca das atividades e vida normal.

Dentre estes também encontramos o **retinoblastoma**, o **rabdomiossarcoma**, a **doença de Hodgkin** e o **linfoma Não-Hodgkin**.

No que se refere as doenças neoplásicas de origem hematológica encontramos a **leucemia** como a forma mais comum de câncer na infância, mais freqüente entre 2 a 5 anos de idade e em meninos do que em meninas.

Nas crianças geralmente encontram-se duas formas de leucemia: (1) leucemia linfóide aguda (LLA) e (2) leucemia não-linfóide aguda (LNLA).

Os sinais e sintomas mais frequentes da leucemia correspondem a um resultado da infiltração da medula óssea, incluem a febre, palidez, fadiga, anorexia, hemorragia e dor óssea articular.

O baço, fígado e linfonodos demonstram acentuada infiltração, aumento e, no decorrer do tempo, fibrose.

O tratamento de leucemia envolve o uso de agentes quimioterápicos e irradiação em três fases: (1) tratamento de indução, que obtém uma remissão completa ou desaparecimento de todas as células leucêmicas; (2) tratamento de isolamento, que impede a invasão das células leucêmicas ou as destrói naquelas áreas do organismo protegidas pelos níveis das drogas citotóxicas; e (3) tratamento de manutenção, que serve para manter a fase de remissão. Para muitas crianças é necessário uma quarta fase- tratamento de reindução quando ocorre uma recidiva, evidenciada pela presença de células leucêmicas no interior da medula óssea. O transplante de medula óssea vem sendo usado com sucesso no tratamento de crianças com LNLA ou LLA de prognóstico sombrio. Os resultados mais promissores ocorreram quando o transplante foi realizado durante uma remissão e não durante uma recidiva.

As formas de **tratamento** mais utilizadas em pediatria são a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. Estas três formas de tratamento podem estar associadas.

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar neoplasias malignas. São drogas que atuam a nível celular interferindo no seu processo de crescimento e divisão. A maioria dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, ou seja, não destrói seletiva ou exclusivamente as células tumorais. (BONASSA, 1992).

A resposta tumoral a quimioterapia segundo Bonassa (1992), podem ser contempladas no quadro que estabelece. Por exemplo:

São potencialmente curáveis através da quimioterapia:

Doença de Hodgkin, Leucemia linfóide aguda em crianças, Coriocarcinoma, Sarcoma de Ewing, Linfoma histiocítico, Tumor de Wilms, Carcinoma testicular, Rabdomyossarcoma embrionário, Linfoma nodular misto, e Retinoblastoma.

Pode trazer melhora substancial da sobrevida, porém raramente leva à cura: Leucemia aguda (adolescentes e crianças), Neuroblastoma, Mieloma múltiplo, Linfoma não-Hodgkin agressivo, Carcinoma de pequenas células do pulmão, Carcinoma de mama, estômago, ovário e córtex adrenal, Sarcoma osteogênico e Insulinoma maligno.

A quimioterapia também pode apenas ter um efeito paliativo trazendo alívio dos sintomas, porém os efeitos do tratamento nos níveis de sobrevida são desconhecidos ou insignificantes: Linfoma Não-Hodgkin com histologia favorável, Leucemia linfocítica crônica, Leucemia granulocítica crônica, Carcinoma da próstata, endométrio ou cérvix uterino, Câncer de glândulas endócrinas e Tumores carcinóides.

A quimioterapia ocasionalmente produz respostas, em geral modestas e às custas de toxicidade de moderada a severa. Nos casos de Sarcomas como os Tumores cerebrais, Carcinoma de pulmão, Carcinoma de cabeça e pescoço, da glândula tireóide, colon, reto e fígado, Carcinoma de bexiga e Melanoma maligno (com envolvimento de pele e nódulos)

Em outros a quimioterapia raramente ou nunca produz resultados significativos como no: Melanoma maligno (com envolvimento visceral), Carcinoma de esôfago, Carcinoma de pâncreas e hipernefroma.

Existem aproximadamente 35 antineoplásicos em uso clínico no nosso meio. São drogas aplicáveis nas mais diversas vias, porém as veias e a boca constituem-se nas portas de entrada mais comuns. Quimioterápicos destinados ao uso parenteral apresentam-se sob a forma de solução ou substância liofilizada que requerem cuidados especiais de manipulação, de forma a garantir não só a segurança do paciente mas também a do operador e do ambiente. Essa preocupação com a segurança ambiental e do pessoal que trabalha com antineoplásicos justifica-se pela natureza citotóxica, mutagênica, carcinogênica e fetotóxica desses medicamentos. (BONASSA, 1992).

As drogas antiláblicas mais utilizadas são agrupadas em formas de atuação. Encontramos os **antimetabólitos** que são “estruturalmente semelhantes aos metabólitos naturais, essenciais ao funcionamento celular. Por isso, são capazes de “enganar” a célula, incorporando-se a ela, bloqueando a produção das enzimas necessárias à síntese de substâncias fundamentais ou interpondo-se as cadeias do DNA e RNA, transmitindo mensagens errôneas.” (BONASSA, 1992, P. 10). Seus principais efeitos colaterais são: náuseas e vômitos (com doses altas), estomatite, esofagite e diarreia (em alguns pacientes), depressão medular, toxicidade hepática e renal, letargia, prostração, reações cutâneas, erupções. Os principais cuidados gerais durante a administração: checar contagem sanguínea de rotina; precauções para evitar sangramentos; evitar e prevenir infecções; proporcionar períodos adequados de repouso; hidratação adequada; estimular ingestão de alimentos; cuidados oral; controle de eliminação intestinal. Exemplos: Citarrabina e Methotrexate.

Encontramos os **alquilantes** que “causam alterações nas cadeias do DNA, impedindo sua replicação. São drogas ciclo-celular não específicas capazes de destruir células em repouso ou em processo de divisão ativa, porém as últimas são mais sensíveis aos seus efeitos tóxicos” (BONASSA, 1992, p. 09).

Os principais efeitos colaterais são: depressão medular, cistite hemorrágica, náuseas e vômitos, alopecia, diarreia, estomatite, neurotoxicidade. Os principais cuidados gerais são: checar contagem sanguínea de rotina, precauções para evitar sangramentos e infecções, períodos adequados de repouso, hidratação adequada, controle de fluidoterapia. Exemplos: carboplatina, ciclofosfamida.

Os **alcalóides** também chamados inibidores mitóticos, são substâncias extraídas da planta vinca rosea, com atuação específica sobre células em fase de mitose. Os principais efeitos colaterais são: neurotoxicidade, depressão medular, anorexia, estomatite, náuseas e vômitos, alopecia. Os cuidados para administração compreendem: checar contagem sanguínea, evitar sangramentos e infecções, promover períodos de repouso, orientar quanto a alopecia. Exemplos: vincristina e vimblastina.

Do grupo da **miscelânea** fazem parte drogas antineoplásicas com mecanismos de ação variados, freqüentemente desconhecidos, possuem características e toxicidades diversas entre si. Como efeitos colaterais: depressão medular, toxicidade renal, náuseas e vômitos, diarréias, neuropatia periférica. Os principais cuidados são checar contagem sanguínea de rotina, evitar sangramentos, infecções, estimular ingesta de alimentos, controlar eliminação intestinal. Exemplos: teniposide, asparaginase, leucovorin, allopurinol, cisplatina.

O grupo dos **antibióticos** antitumorais atuam interferindo com a síntese dos ácidos nucleicos através de um processo denominado intercalação, que impede a duplicação e separação das cadeias de DNA e RNA. São drogas do ciclo celular específicas. Os principais efeitos colaterais são: náuseas e vômitos, estomatite, anorexia e diarréia, leucopenia, trombose química se houver extravasamento. Os principais cuidados são: cuidado com extravasamentos, checar contagem sanguínea, cuidados com a pele, estimular ingesta, períodos de repouso, entre outros.

Deve-se oferecer a família todo o apoio possível para lidar com uma doença fatal e lidarem com seus sentimentos.

A assistência de enfermagem deve responder às necessidades físicas e psicológicas apresentadas pela criança e família de acordo com a fase de evolução da doença, sem perder de vista a seqüência previsível e possível do quadro. Assim para o paciente com o quadro grave, mas sensível ao tratamento, é possível projetar uma sobrevida com condições satisfatórias e para o paciente com remissão nos sintomas existe um prognóstico ainda que em muitos dos casos pouco favorável.

A criança com câncer, tendo tratamento prolongado e internações repetidas vai se submeter a repetidos processos terapêuticos e diagnósticos, onde a enfermagem deve preparar a criança para tais situações.

As reinternações embora garantam a melhora física, representam novos afastamentos do cotidiano, a certeza de que a doença não foi resolvida, tornando a criança diferente das outras que vão crescer sem as interrupções da hospitalização.

A doença determina uma série de novas e desagradáveis sensações corporais. Se a criança necessita de hospitalização, outros fatores irão se juntar aos primeiros, tais como: o mal físico ou dano corporal, a dor, o desconforto, mutilação e ansiedade; a separação e/ou ausência dos pais; o estranho, o desconhecido, a possibilidade de surpresas frente ao ambiente hospitalar, procedimentos, rotinas, pessoas estranhas, entre outros; a incerteza sobre limites e comportamentos esperados como normais; a mudança do cotidiano; a perda relativa de autonomia e competência, a fragilidade, etc. Como consequência mórbida ou seqüelas destes fatores, as crianças podem apresentar as seguintes reações: diminuição das capacidades psicológicas; detenção ou regressão do desenvolvimento emocional; perda da capacidade intelectual pela falta de oportunidade de desenvolver habilidades motoras, sociais, de linguagem e desafios próprios da escolaridade; distúrbios relativos de conduta; distúrbios psicossomáticos e comportamentos regressivos.

5.2 O Mundo da Família

A crise de doença e hospitalização afeta cada membro da família nuclear e em graus variados, membros do resto da família. Por ser a família um sistema de partes interdependentes, uma mudança em qualquer membro do sistema provoca uma mudança em cada um dos outros membros. Sob circunstâncias normais, os pais constituem a força dominante da família, entretanto quando a criança adoece, ela geralmente se torna a força principal e, como tal, provoca respostas importantes em todos os outros membros da família. (WHALEY & WONG, 1989).

Segundo WHALEY & WONG (1989) a reação inicial dos pais à doença do filho é negação e descrença. Os pais após saberem o diagnóstico de doença reagem com sentimentos de raiva, culpa ou ambos. O sentimento pode ser considerado uma resposta quase universal dos pais, no qual questionam sua capacidade de proporcionar cuidados a criança. Com a internação a culpa se intensifica, os pais sentem-se responsáveis e a idéia de serem percebidos como pais “inadequados” ou negligentes pela equipe de saúde os preocupa.

Medo, ansiedade e frustração são sentimentos comumente expressados pelos pais e que geralmente estão relacionados com os procedimentos a serem impostos à criança. As mães geralmente relatam que a falta de informação com relação aos procedimentos e ao tratamento lhes provoca preocupação. A frustração e o sentimento de perda de controle também são resultado da incerteza a respeito das regras e regulamentos do hospital, da sensação de serem recebidos com hostilidade por parte da equipe ou do medo de fazer perguntas. Grande parte dessa frustração pode ser aliviada em unidades pediátricas na qual os pais participam significativamente para a saúde de seus filhos.

A participação dos pais no cuidado com os filhos internados é de fundamental importância para uma permanência mais tranqüila e positiva da criança no hospital, amenizando o estresse da criança hospitalizada.

Os irmãos costumam expressar sentimentos de raiva, ressentimento, ciúme e culpa na hospitalização de um irmão ou irmã. Frequentemente ocorre em crianças maiores. A capacidade dos irmãos em lidar com o estresse depende exclusivamente do grau de desenvolvimento. As crianças que experimentam estresses concomitantes, como a entrada na escola, geralmente tem maior dificuldade para lidar com esta situação.

A principal necessidade dos pais e dos irmãos é o restabelecimento do controle. O apoio da enfermagem para o restabelecimento deve:

- 1) Favorecer os relacionamentos familiares;
- 2) Prover apoio;
- 3) Fornecer informação.

O papel da enfermeira é manter os pais bem informados a cerca dos efeitos da doença. Os pais devem tratar todas as crianças igualmente e da mesma maneira antes da ocorrência da doença. Quando os limites são removidos as crianças temem que algo catastrófico vai lhes acontecer.

Os pais devem ser prevenidos sobre os possíveis comportamentos dos irmãos com relação a criança doente, como raiva, ciúme e ressentimento. Todos precisam dar vazão a seus sentimentos, já que os reprimidos costumam apresentar problemas escolares, ou de relacionamento com colegas. É preciso que os pais entendam a necessidade de dar atenção aos outros filhos, mesmo tendo a preocupação da internação do filho doente. A criança hospitalizada merece atenção, mas esta atenção não pode ultrapassar os limites do qual a criança já esta habituada em sua casa.

O apoio envolve a disposição para ouvir os pais, permanecer junto a criança para os pais ficarem um tempo a sós. A enfermeira pode discutir com a família para dar um apoio extra a estes. Respeitando suas crenças e costumes.

Fornecer informação e orientação através de conhecimento da doença, seu tratamento e prognóstico; percepção das reações física e emocional da criança à doença e hospitalização; e antecipação das reações emocionais prováveis dos pais e irmãos.

Segundo Bessa (1997), os pais após terem sido informados sobre o diagnóstico da criança, geralmente ficam sob o impacto da notícia, podendo este impacto (estado de choque) durar algumas semanas.

O diagnóstico é freqüentemente vivenciado como um choque brutal, devido a ameaça de morte iminente, podendo desencadear na criança e na sua família uma série de reações e sentimentos que necessitam ser trabalhados também no ponto de vista psicológico.

É comum presenciarmos neste período indivíduos utilizando-se dos mais variados mecanismos de defesa encontrando-se dissociados ou negando a gravidade da situação vivida

Verificou-se que sintomas de depressão e ansiedade são vivenciados pela maioria dos pais durante o período inicial do diagnóstico. Esses sentimentos só são aliviados quando a doença da criança é controlada e quando tomam consciência de que é potencialmente curável. É a partir da existência de uma possibilidade de cura que a família vai se organizar e fazer tudo o que está ao seu alcance. Os pais precisam de esperança, mesmo na fase terminal.

A criança vivência uma série de sentimentos negativos, pois de uma hora para outra se vê atirada num hospital, realizando uma série de exames invásivos e dolorosos, com pessoas estranhas e ambiente estranho. Pode imaginar que seus pais não a amam mais ou a estão punindo por algo "errado" que tenha feito. Pode sentir-se causadora de decepções a seus pais e a si mesma, sendo a fonte das tristezas e dos problemas familiares. Passa a reprimir seus questionamentos, seu querer, seus medos, suas preocupações por sentir que estas emoções podem provocar rejeição por parte dos adultos significativos para ela. A criança passa a ser uma colaboradora passiva no tratamento e isso tende a tranquilizar os pais, que não percebem que a criança está deixando de ser autêntica.

É importante contar a criança o que lhe está acontecendo, respeitando seu nível de compreensão e desenvolvimento.

Muitas vezes ao defrontarem-se diretamente com a doença os pais se sentem angustiados, inseguros, desamparados e são dominados pelo medo, não assumindo frente ao filho as suas reais possibilidades. Tentam poupar a criança do que realmente está acontecendo com ela, argumentando que devido sua pouca idade ela não tem condições de compreender.

De acordo com Bessa (1997), a família com um filho doente, passa por um período de adaptação. A mãe precisa se afastar do emprego, outros filhos e marido e pensar numa forma de reorganizar sua vida dentro da rotina de tratamento.

Toda atenção acaba sendo voltada ao filho enfermo. Os pais acabam superprotegendo a criança como forma de poupá-la de mais sofrimentos. Em consequência disto acabam ocorrendo alguns problemas em relação aos aspectos psicológicos e comportamentais da própria criança, dos irmãos e às vezes conjugais.

Conseqüentemente a superproteção pode fazer com que a criança se sinta insegura, vulnerável, incapaz, isolada e diferente das outras crianças. Os pais enchem as crianças de presentes e não dão mais castigos. Além da criança sentir-se cada vez mais diferente, é comum ela utilizar a doença para fazer ganhos secundários. Mas para os pais é importante que façam tudo o que está ao seu alcance ou não, para se livrar do sentimento de culpa de não ter feito mais pelo filho.

Os irmãos sentem-se rejeitados e abandonados quando percebem que toda a atenção é para o irmão doente. É comum queixas na escola, ciúmes e brigas. Alguns chegam até a adoecer. É importante que os pais expliquem aos filhos o que está passando com o irmão enfermo. Outro aspecto é o sentimento de culpa dos irmãos. Estes podem acreditar que e por terem desejado "males" ao irmão doente em algum momento.

A relação conjugal dos pais diante ao acontecimento pode sofrer alterações tanto no sentido de aproximar o casal, quanto no sentido de afastar. É comum que ambos se sintam mais fortes, apoiando-se um no outro. Por outro lado podem exacerbar conflitos já existentes, podendo ocorrer separação do casal.

É comum relatos de mães dizendo que não tem mais o mesmo desempenho sexual devido sentimento de culpa, ou de estarem no hospital afastadas do marido. Outro elemento é a presença do filho doente na mesma cama e/ou no mesmo quarto temendo que ele passe mal.

Desde o início do tratamento, observa-se que geralmente é a mãe quem assume a rotina dos cuidados que devem ser tomados. O pai mesmo quando presente parece ter dificuldade em lidar com os sentimentos mobilizados pela situação. A cultura existente de que homem não pode chorar, tem que ser forte, e muito marcante nos dias de hoje. Mas é importante ressaltar que o pai tem um papel muito importante no tratamento, pois ele passa para o filho e para a mulher que as angústias são de alguma forma suportáveis.

5.3 O Mundo da Equipe

Para Horta (1979), a equipe de enfermagem é um conjunto de seres humanos, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, que vão além das obrigações, do “ter o que fazer”. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. Esta transcendência assume um caráter mais importante no binômio vida-morte. A equipe de enfermagem envolve o enfermeiro, os técnicos de enfermagem e os auxiliares de enfermagem. O enfermeiro profissional, tanto em contexto de cuidado à saúde, institucional quanto comunitário, assume três papéis, que podem ser definidos como o papel da assistência, o de liderança e o de pesquisa. Embora cada um desses papéis traga consigo responsabilidades específicas, diversos aspectos de cada papel inter-relacionam-se um com os outros e são encontrados em todas as posições de enfermagem. O desempenho de cada um desses papéis visa atender as necessidades assistenciais e de cuidado à saúde imediatas e futuras dos pacientes que recebem o cuidado de enfermagem.

O papel da assistência da equipe de enfermagem envolve providências tomadas ao assumir uma responsabilidade dirigida primariamente ao atendimento das necessidades assistenciais e de cuidados à saúde do paciente e de seus familiares.

A equipe de enfermagem pode servir principalmente como defensora dos pacientes, prevendo as necessidades que eles próprios não possam resolver e atendendo-os. Tendo também a capacidade de comunicar suas necessidades a outros profissionais de saúde envolvidos em seu atendimento e coordenar os esforços de todas essas pessoas na tentativa de promover o alcance dos objetivos.

A morte é a ocasião única para a transcendência da equipe que vivência momentos nos quais a criança morre. Muitos são os fatores determinantes da

falta de aceitação da morte produzidos pela nossa cultura, em especial se ocorrida na infância. Mas a criança que representa a esperança, o futuro, também sofre, adocece e morre.

Enfermeiros pediátricos defrontam-se com o grupo “criança/família” na situação de morte, sendo essencial refletir sobre os problemas do paciente terminal e de sua família, diante da morte sobre a situação que se impõe.

Os estudos da americana Elizabeth Kubler-Ross, na década de 1960, com pacientes terminais, médicos, enfermeiros e capelões permitiram a compreensão do processo psicológico da morte vivenciado pelo indivíduo, família e circundantes. Varias etapas podem ser vivenciadas pelo indivíduo frente a morte:

✓ Isolamento e negação – neste estágio há frases como “não, eu não, não pode ser verdade, deve haver algum engano” caracterizam o processo. É uma reação de defesa e temporária.

✓ Raiva – neste período há frases como: “porque eu? Não poderia ser fulano?” A equipe e os familiares são tratados com agressividade. Expressar a raiva é uma posterior aceitação da morte.

✓ Barganha – são feitos acordos, na maioria com Deus, pedindo um prolongamento de vida.

✓ Depressão – ocorre quando o paciente percebe que não pode mais negar a doença, devido a debilitação de seu organismo e necessidade continua do tratamento. Há um grande sentimento de perda.

✓ Aceitação – é um período em que a família necessita de mais ajuda que o próprio paciente. É um estágio de fuga de sentimentos. A morte torna-se um grande alívio.

“A maneira como o indivíduo reagirá ao diagnóstico do câncer dependerá de sua habilidade para adaptar-se a situações de perigo. Dependerá, também, de sua idade cronológica, maturidade emocional, padrões definidos de comportamento em reagir ao stresse, relacionamentos familiares, e, o que a pessoa acredita e sabe sobre câncer.” (ZANCHETTA, 1993)

A enfermeira que compreende a resposta de pesar (luto) esta preparada para oferecer apoio aos pais, a criança e aos irmãos durante este processo necessário. O luto e a resposta normal a uma perda de um filho. Para os pais a

perda de um filho pode ser uma das mais trágicas e aniquiladoras experiências do ser humano. A maneira pelo qual o diagnóstico é comunicado aos pais tem importância vital na determinação de suas atividades posteriores. Se for de forma abrupta, sem esperanças, poderão reagir com extrema hostilidade.

Os sentimentos de culpa reais ou imaginários quase sempre estão presentes nos pais. A morte da criança pode ser encarada pelos pais como forma de castigo por erros cometidos. Os sentimentos de culpa podem ser deslocados para a equipe assistencial, sendo expressos pela irritação, rancor, revolta, etc.

Geralmente quando constatado o óbito e dadas as informações sobre procedimentos com o corpo a assistência possível é considerada acabada e a família freqüentemente esquecida.

É necessário que a equipe de enfermagem priorize cuidados à família no momento da morte, visando a qualidade de assistência.

Segundo Whaley & Wong (1989), os profissionais de saúde podem utilizar os esquemas referenciais teóricos para ajudar as pessoas em processo de luto. Uma abordagem para o fornecimento de apoio emocional a uma pessoa desolada consiste no fato de que tais reações como ouvir a voz da pessoa falecida, sentir-se distante de outras pessoas que desejam ajudar, ou procurar reassegurar-se de ter feito todo o possível pela pessoa falecida, são respostas normais, necessárias e esperadas. Tais comportamentos subsequentes a perda significam que a pessoa está elaborando o pesar agudo e que provavelmente conseguirá resolver satisfatoriamente, o problema da perda e reassumir um papel significativo em seu ambiente social.

5.4 O Mundo em Comum – O Cuidado

Para Horta (1979), o cuidado é a "ação planejada, deliberada ou automática da (o) enfermeira (o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano". O cuidado pode implicar várias atividades, por exemplo, a higiene oral (verificar o material que o paciente possui); avaliar sua capacidade de auto-cuidado; observar condições da cavidade bucal; ensinar se necessário, a técnica adequada de escovação; fazer encaminhamento ao dentista, fazer a higiene do material utilizado, entre outros; além das atividades técnicas o cuidado também pode ser praticado através do interesse pelo paciente, da busca de encaminhamento para seus problemas e às vezes até por um simples aperto de mão.

É necessário aplicar o processo de enfermagem para que possa dar assistência de enfermagem em qualidade e quantidade que se espera de um profissional universitário.

Para nós o mundo do cuidado é aquele que busca satisfazer todas as necessidades afetadas da criança/família/equipe, comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro.

Whaley & Wong (1989), a enfermagem deve prestar assistência à criança desenvolvendo as seguintes metas:

1) *Meta- ajudar a criança a se sentir segura em um ambiente estranho.*

Ter responsabilidades, pessoal de enfermagem habilitado e equipe definida e estável;

Tentar colocar a criança em um ambiente não ameaçador;
Permitir que a criança mantenha tantas ligações com o lar quanto aceitável;

Estimular os pais a deixar algum símbolo de seu amor. Minimizar o aspecto de ambiente hospitalar o máximo possível, por exemplo, permitir que a criança sente a mesa para comer, vista seu próprio pijama, etc.;

Usar termos familiares para a criança, como aqueles usados para as funções corporais; implementar o estabelecimento de limites adequados.

2) Meta- reduzir ou aliviar o medo do desconhecido.

Tendo como responsabilidade:

Ajudar os pais a preparar a criança para hospitalização eletiva;

Explicar as rotinas, aparelhos, procedimentos e eventos, em uma linguagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança, usar linguagem simples;

Tranqüilizar a criança, repetidamente, se necessário hospitalização;

Permitir que a mãe e/ou o pai participe(m) dos cuidados da criança;

Permitir que a criança manuseie objetos que possa considerar estranhos e/ou ameaçadores;

Permitir a criança algum controle sobre seu ambiente, encorajá-la a ajudar a planejar suas atividades.

3) Meta- Permitir a expressão de sentimentos.

Tendo como responsabilidade:

Aceitar a expressão de sentimentos;

Prover uma atmosfera que encoraje a livre expressão de sentimentos;

Proporcionar oportunidades para verbalizar, "representar" ou expressar, de outra forma, sentimentos, sem medo de punição.

4) Meta- Ajudar a criança a sentir que e cuidada como uma pessoa.

Tendo como responsabilidade:

Manter a identidade da criança;

Chamar a criança por seu nome ou apelido habitual;

Evitar dar um apelido à criança ou traduzir ou traduzir seu nome para outra língua, como Joe ao invés de José;

Evitar comunicar quaisquer sinais de rejeição, desgosto ou outros sentimentos negativos à criança;

Criticar ou comunicar desaprovação de comportamento inaceitável;

Comunicar à criança que ela é uma pessoa valiosa.

5) Meta- Proporcionar amor e afeição.

Tendo como responsabilidade:

Proteger os relacionamentos interpessoais na família;

Incorajar os pais a permanecerem no hospital sempre que possível;

Planejar trabalho e programação que permitam o contato pessoal com a criança;

Designar “avó adotiva” para a criança se disponível.

6) Meta- Minimizar a separação.

Tendo como responsabilidade:

Reconhecer os comportamentos de separação da criança como normais;

Permitir que a criança chore;

Proporcionar apoio através de presença física;

Manter o contato da criança com seus pais;

Falar freqüentemente sobre seus pais;

Enfatizar a importância das visitas, telefonemas ou cartas dos pais;

Ajudar os pais a compreender os comportamentos de ansiedade de separação e sugerir maneiras de apoiar a criança;

Explicar à criança que partirão e quando voltarão;

Dizer à criança o motivo da partida;

Comunicar a hora esperada do retorno em termos de acontecimentos esperados. Por exemplo, se os pais retornarem pela manhã, podem dizer a criança que ela os verá “Após o sol nascer”, ou “Quando um programa favorito estiver passando na televisão”;

Visitar pouco tempo, mas freqüentemente, ao invés de uma vez, demoradamente; encorajar os pais e parentes a fazerem rodízio nas visitas;

Permitir a visita dos irmãos;

Deixar com a criança artigos favoritos do lar, como cobertor, brinquedo, mamadeira, utensílio de alimentação, ou artigo de vestuário;

Proporcionar fotografias dos membros da família e gravação de vozes dos pais, lendo uma estória, cantando, rezando na hora de deitar, ou contando os acontecimentos do lar;

Deixar pequenos presentes para a criança abrir a cada dia; caso os pais saibam quando será sua próxima visita, devem deixar o número de pacotes correspondentes aos dias entre as visitas.

7) Meta- Estabelecer relacionamento de confiança com a criança.

Tendo como responsabilidade:

Ser positivo na abordagem a criança;

Ser honesto com a criança;

Oferecer explicações para objetos e acontecimentos desconhecidos;

Comunicar à criança o comportamento que se espera dela;

Ser consistente nas expectativas e no relacionamento com a criança;

Tratar a criança honestamente e ajudá-la a sentir que está sendo tratada assim;

Encorajar os pais a manter um relacionamento de confiança com a criança.

8) Meta- Permitir regressão durante os períodos de doença.

Tendo como responsabilidade:

Reconhecer que o comportamento regressivo é uma característica da doença;

Aceitar o comportamento regressivo e ajudar a criança com sua dependência;

Ajudar a criança a superar o componente negativo do estado psicossomático para qual regrediu, por exemplo, superar a desconfiança, facilitar o desenvolvimento da confiança.

9) Meta- proporcionar oportunidades para brincar.

Tendo como responsabilidade:

Proporcionar amplo tempo para recreação;

Fornecer brinquedos para a criança;

Encorajar brincadeiras e diversões adequadas para idade, condição e capacidade da criança;

Usar as brincadeiras como uma estratégia de ensino e uma técnica de redução de ansiedade;

Proporcionar atividades recepcionais;

Encorajar a interação com outras crianças.

No cuidado da criança e família frente aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico é importante que tenhamos determinadas condutas tais como:

✓ Administrar antiemético conforme prescrito, antes, durante e após o tratamento quimioterápico, conforme indicação;

✓ Dar apoio à criança durante estas ocorrências. Para seu maior conforto, mantê-la em decúbito lateral elevado para evitar aspiração e manter cuba rim próxima;

✓ Fazer balanço eletrolítico (ingesta e eliminação);

✓ Não havendo contra-indicação fazer reposição hídrica de forma gradativa em intervalos curtos;

✓ Organizar o horário de refeições para que não coincidam com a administração dos quimioterápicos;

✓ Oferecer líquidos gelados e sorvetes;

✓ Investigar junto a criança e família os alimentos preferidos auxiliando a nutricionista com dados que permitam planejar um cardápio a gosto da criança;

✓ Incentivar os pais a estarem ao lado da criança na hora da alimentação, se houver condições;

✓ Proporcionar ambiente agradável e sem distrações que desestimulem a criança a aceitar a dieta (odores, barulhos, etc.);

✓ Orientar a família e funcionários sobre a necessidade de manter-se um clima amistoso, afetivo e relaxado no horário das refeições;

✓ Encorajar a criança a aceitar toda a dieta oferecida, verificando esta aceitação;

✓ Controlar o peso;

✓ Oferecer dieta branda hiperproteica e hipercalórica, evitar alimentos que causem traumatismo da mucosa;

✓ Fazer, orientar e supervisionar a higiene oral depois das refeições.

- ✓ Manter a higiene do couro cabeludo, principalmente na alopecia;
- ✓ Usar dispositivos se não tiver contra-indicação, para diminuir a ação direta dos quimioterápicos sobre o folículo piloso;
- ✓ Preparar a criança e a família para o problema;
- ✓ Incentivar e apoiar a família para usar recursos estéticos: gorros, chapéus, perucas, lenços, etc.;
- ✓ Evitar pentear os cabelos;
- ✓ Manter os travesseiros limpos (sem cabelos);
- ✓ Deixar que a criança durma de lenço ou gorro. É menos traumático psicologicamente e facilita a retirada do cabelo caído;
- ✓ Observar e analisar os sinais e sintomas de infecção avisando ao médico se houver temperatura acima de 38°C, presença de tosse, coriza, lesões de pele, disúria, dor de cabeça, dor nos olhos, ouvidos, articulações, abdome, área genital e retal, diarreia, flebite e abscessos;
- ✓ Estar atento para os outros sinais de infecção;
- ✓ Proteger o paciente de fontes conhecidas de infecção: visitas de pessoas doentes, lavagem das mãos, ambiente limpo e bem ventilado;
- ✓ Explicar e orientar os motivos do isolamento;
- ✓ Executar procedimentos assistências com o máximo de assepsia;
- ✓ Manter o local de punção limpo e observar qualquer manifestação de flebite;
- ✓ Manter unhas do paciente curtas;
- ✓ Usar sabonetes neutros para os cuidados de higiene;
- ✓ Utilizar loções emolientes no cuidado da pele;
- ✓ Proteger o paciente de mudanças bruscas de temperatura;
- ✓ Assegurar evacuação normal para evitar traumas locais;
- ✓ Assegurar períodos de repouso;
- ✓ Isolamento rigoroso nas fases críticas e brandas quando o hemograma e mielograma estiverem normalizados;
- ✓ Assepsia médico-cirúrgica para todos os procedimentos;
- ✓ Afastamento de pessoas portadoras de infecções;
- ✓ Apoio recreativo e afetivo durante a fase de isolamento;
- ✓ Observar frequência e características das eliminações;
- ✓ Administrar corticóides e antibióticos com leite;

- ✓ Observar dor e distensão abdominal;
- ✓ Palpar e auscultar o abdome diariamente;
- ✓ Estar atento para as queixas ou sinais de dor epigástrica, sangramento;
- ✓ Se necessário administrar laxantes e emolientes fecais prescritos;
- ✓ Manter paciente hidratado;
- ✓ Instruir paciente e família para evitar o uso de bebidas e alimentos ácidos, inclusive medicações;
- ✓ Proteger a criança de traumatismos e acidentes, principalmente se há alterações hematológicas importantes (diminuição de plaquetas);
- ✓ No caso de medicações IM, utilizar agulhas de calibre fino aplicando suavemente;
- ✓ Estar atento para manifestações de hemorragia;
- ✓ Controlar sinais vitais;
- ✓ Conservar o paciente em repouso em fases de sangramento;
- ✓ Se possível, exercer pressão suave sobre o sangramento;
- ✓ Aplicar compressas frias e calor de gelo;
- ✓ Evitar remover coágulos;
- ✓ Manipular com cuidado, catéter, drenos e tubos de aspiração;
- ✓ Oferecer gelo para controle de sangramento oral;
- ✓ Observar o tempo de sangramento, características e volume;
- ✓ Evitar alimentos e bebidas quentes nos casos de lesões na língua, gengiva e rosto;
- ✓ Inspeccionar a cavidade oral;
- ✓ Fazer higiene oral periódica;
- ✓ Manter lábios lubrificados e úmidos;
- ✓ Administrar medicamentos prescritos;
- ✓ Conservar a região retal limpa e seca;
- ✓ Estimular ingesta hídrica;
- ✓ Controlar diurese;
- ✓ Observar e notificar episódios de vômitos, cefaléia persistente, distúrbios visuais, letargia, irritabilidade, tontura, ataxia, alterações de comportamento e convulsões;
- ✓ Dar assistência ao paciente frente a essas ocorrências;

- ✓ Avaliar reflexos, dormências, formigamentos nas extremidades e ataxia;
- ✓ Analisar condições e características respiratórias da criança;
- ✓ Estimular tosse;
- ✓ Fazer mudança de decúbito;
- ✓ Manter narinas descongestionadas;
- ✓ Estimular ingesta hídrica;
- ✓ Estimular exercícios respiratórios;
- ✓ Observar reações de calafrio, febre, reações cutâneas, prurido, urticária, tosse, espasmo da laringe e edema angioneurótico;
- ✓ Notificar de imediato e interromper a administração da droga;
- ✓ Aplicar antídotos prescritos;
- ✓ Orientar familiares e funcionários sobre os efeitos colaterais das drogas, inclusive sobre o comportamento;
- ✓ Discutir com a criança e família os problemas encontrados;
- ✓ Dar apoio psicológico;
- ✓ Encaminhar ao psicólogo;
- ✓ Observar alterações de conduta da criança e família;
- ✓ Desenvolver momentos recreativos.

Segundo Schimitz (1989) a assistência de enfermagem deve responder às necessidades físicas e psicológicas apresentadas pela criança e família, de acordo com a fase de evolução da doença, sem perder de vista a seqüência previsível e possível do quadro. São importantes ainda os cuidados com dejetos do paciente, já que parte das drogas são eliminadas por via renal e gastrointestinal de forma ativa. Deste modo, familiares e o pessoal de enfermagem devem usar luvas para manipular estes dejetos. O treinamento adequado do pessoal que trabalha em setores que utilizam estas drogas é indispensável, bem como a centralização do preparo da quimioterapia como setor específico, isolado com acesso limitado.

6. A INTERPENETRAÇÃO DOS MUNDOS - RELATANDO OS RESULTADOS.

6.1 1º Objetivo – Conhecer a realidade do cuidado prestado à criança/família na unidade de oncohematologia.

Na primeira semana de estágio na unidade de oncohematologia tivemos cumpridas as estratégias conforme plano estabelecido e descrito na página 30 e cronograma (ANEXO 7).

Estas atividades foram importantes para dar início ao desenvolvimento do estágio. Percebemos que a interação com a unidade, com os procedimentos e rotinas e com a equipe, foi essencial para a realização dos trabalhos assistenciais.

Na chegada ao setor percebemos que estávamos frente a um ambiente desconhecido pronto para ser explorado, com uma série de desafios e experiências a serem vivenciados. De início nos perguntávamos: Como funciona esta unidade?... Como é o relacionamento entre os funcionários? ... Como se dá assistência?...Quais as formas de registros feitos pela a equipe de enfermagem? Como é a interação entre criança/equipe/família? Estávamos então diante de uma série de desafios que no decorrer do estágio foram vencidos tornando-se experiências vividas.

Procuramos no primeiros dias promover interação com a equipe e unidade e logo passamos conhecer a forma de assistência prestada a criança e família.

Percebemos que não existia um referencial explícito para a assistência criança/família. Esta se dava a partir dos cuidados transcritos da prescrição médica e das intercorrências nas quais os funcionários/crianças/famílias se

integravam. Pudemos perceber que os funcionários agiam de forma afetiva e atenciosa tanto com a criança como com a família.

Diariamente havia 2 auxiliares de enfermagem que dividiam o número de pacientes aos quais seria prestada assistência integral. A escriturária ficava responsável pela parte técnica-administrativa. A enfermeira prestava cuidados de maior complexidade, além de ter ao seu encargo, a parte administrativa e de supervisão da unidade.

Este período nos auxiliou na integração com os funcionários, crianças e famílias, permitindo abertura para a realização do trabalho.

6.2 2º Objetivo – Participar das atividades técnico-administrativas da unidade de oncohematologia.

Executamos atividades técnico-administrativas na unidade de internação com o acompanhamento dos funcionários, tais como:

- Pedido de material, verificando a necessidade, quantidade, tipo de estocagem e data de validade;

- Processo de internação do paciente, encaminhamento ao serviço social para providenciar alimentação dos familiares;

- Orientações necessárias quanto as normas e rotinas da unidade (visitas, alimentos, horários, higiene, entre outros);

- Processo de alta, orientando a família quanto a aquisição e administração de medicamentos, retorno para consulta ambulatorial e tratamento quimioterápico;

- Comunicação ao serviço de nutrição quanto a internação de novos pacientes;

- Encaminhamento de material para exames ao laboratório;

- Encaminhamento de pacientes para exames feitos fora da instituição;

A vivência na realização das atividades técnico-administrativas nos serão de grande utilidade na vida profissional. Percebemos algumas dificuldades tais como: a falta de material, sendo necessário estratégias para economizá-los. Esta realidade parece ser um dos aspectos de um hospital público, estadual e de referência. Percebemos também desrespeito às regras estabelecidas pelo hospital, entre outros aspectos.

Aprendemos a lidar com situações que não havíamos vivenciado tais como a transgressão de regras da unidade por parte de alguns acompanhantes que gerava conflito entre eles. Vivenciando esta realidade percebemos que necessitamos de habilidade para contornar estas situações.

6.3 3º Objetivo - Elaborar um instrumento de identificação das Necessidades Humanas Básicas afetadas da criança e família.

Foi elaborado um instrumento de identificação das Necessidades Humanas Básicas afetadas (Histórico de enfermagem, ANEXO 2), a partir de Wanda de Aguiar Horta (1979).

A elaboração do instrumento foi direcionado à criança e família com diagnóstico de câncer. Não encontramos grandes dificuldades para elaboração do instrumento, porém foi necessário fazer adaptações em função de dois aspectos: a realidade do serviço da unidade de internação oncohematológica e da especificidade da área de enfermagem pediátrica oncológica.

A realidade nos mostrou que a utilização de um instrumento extenso consumiria tempo para ser aplicado, o que seria difícil pelo fato da unidade de internação dispor de apenas 1 enfermeira para um grande número de internações.

Constatamos que o modelo de histórico de enfermagem sugerido por Horta (1979) não contempla aspectos relativos à área pediátrica, o que motivou as adaptações.

Após a elaboração e implementação dos instrumentos (histórico e prescrição) houve uma aceitação e receptividade para com a nossa proposta. As folhas de histórico e prescrição foram anexadas ao prontuário da criança. A evolução era realizada na folha padrão que a instituição oferecia, no mesmo espaço destinado a evolução médica.

6.4 4º Objetivo – Planejar, executar e avaliar o cuidado prestado à criança/família/ equipe a partir da identificação das Necessidades Humanas Básicas.

Inicialmente com a aplicação do instrumento (ANEXO 2) levantamos as Necessidades Humanas Básicas afetadas da criança/família e aplicamos o processo de enfermagem preconizado por Horta (1979) em 10 crianças. No período de implementação do instrumento a unidade passou por um período de poucas internações e muitas dessas eram de curta permanência (24 horas).

Em seguida estabelecemos o diagnóstico de enfermagem e através deste elaboramos uma prescrição de enfermagem padrão (ANEXO 3) adequando os cuidados de acordo com as Necessidades humanas básicas afetadas que foram identificadas.

Quanto a evolução (ANEXO 4) encontramos como obstáculo o pouco tempo de permanência das crianças, dificultando assim um acompanhamento mais rigoroso da evolução destes, impossibilitando um prognóstico mais efetivo.

Durante a aplicação do instrumento (ANEXO 2), percebemos que é impossível separar o binômio: criança e família. O que vem reforçar o que a literatura enfoca com propriedade (Whaley & Wong, 1989).

Foi possível perceber na criança que as principais necessidades afetadas estavam relacionadas às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A criança reagia frente a hospitalização de duas formas: como medo do desconhecido e revolta nos períodos de reinternação. Pudemos perceber momentos de revolta e angústia da criança frente aos procedimentos invasivos; separação do meio ambiente familiar; limitação durante os efeitos colaterais da quimioterapia (problemas relacionados a nutrição, mobilidade, recreação, socialização, entre outros.)

Crianças na idade escolar e adolescente apresentavam auto-imagem diminuída relacionado a alopecia e mutilação provocada pôr cirurgias, prejudicando com isso a socialização. Pelo relato de uma das crianças: “Eu não quero me ver no espelho” (J.T, 14 anos), pudemos perceber como a auto-

imagem destas se encontram afetadas. Outra consideração importante está relacionado a busca dessas crianças por afeto, carinho e atenção, exigindo a presença familiar e profissional, constante apoio e proteção.

Foi possível perceber também que **na família** as principais necessidades afetadas estavam relacionadas as psicossociais e espirituais. Com o processo de descoberta da doença e internação, a família vive um grande desafio. Segundo Schmitz, (1989) ocorre uma mudança em todo o seio familiar.

A separação da família é um aspecto importante. Geralmente a mãe se afasta do restante familiar para ficar com a criança doente, o que gera preocupação com os outros filhos que ficam sem sua presença.

A preocupação com o filho doente e o desconhecimento da doença acarreta uma grande angústia nos pais que vivenciam o medo da morte e da mutilação. Sofrem com o tratamento agressivo no qual seu filho está sendo submetido e com toda a frustração que também é gerada na criança.

Outros problemas enfrentados pelas famílias estão relacionados a situação sócio-econômica. Alguns familiares mostravam-se ansiosos diante da falta de apoio no momento da alta, o stress com o cuidado prestado à criança, inclusive os retornos para o tratamento quimioterápico. No relato de um familiar: "Eu tenho medo que meu filho morra, eu não suportaria" (M.J. 35 anos), encontramos expressões que reforçam este especto.

O cuidado e a atenção dispensada à criança/família nos proporcionou momentos de interação e suporte na busca das Necessidades Humanas Básicas afetadas das mesmas.

Quanto a **equipe**, inicialmente tínhamos uma grande dúvida: - **Como trabalhar as necessidades humanas básicas afetadas da equipe?**

Fomos questionadas quanto a este aspecto. Apesar de não termos elaborado um instrumento que pudesse detectar as necessidades da equipe conseguimos através de conversas informais alguns aspectos que precisam ser refletidos: Necessidade de interação entre os membros da equipe de enfermagem.

1) Percebemos que pelo tipo de trabalho exigido na unidade de oncohematologia, os profissionais de enfermagem necessitam compartilhar experiências, vivências e reflexões. A realidade nos mostrou que o funcionário acumulava inúmeras atividades intra e extra-hospitalar. Alguns possuíam outro

vínculo empregatício para complementação de renda, o que determinava poucos momentos de interação com toda a equipe. Além destes fatores o desestímulo gerado pelo atraso nos salários refletia diretamente na motivação dos funcionários para qualquer atividade extra.

2) Desgaste físico e emocional dos funcionários em função do tipo de atividade que executam e do número reduzido de colegas por plantão, o que os sobrecarregava.

3) Ausência de suporte institucional que pudesse apoiar os funcionários nos momentos de stress.

Em várias ocasiões procuramos intervir de acordo com as oportunidades e disponibilidade através de conversas e orientações. Não planejamos as ações deste mundo da equipe, mas elas terminaram por ocorrer sem que tivéssemos nos dado conta disso.

6.5 5º Objetivo – Aprimorar o conhecimento técnico/científico e pessoal.

Quanto ao conhecimento técnico/científico participamos da 2ª Jornada da ESPO (Equipe de Suporte ao Paciente Oncológico) realizado entre os dias 15 e 16 de outubro de 1998 no Hotel Castelmar, totalizando uma carga horária de 10 horas. (Programa e certificado ANEXO 5).

Participamos também do Curso de Atualização em Oncologia Pediátrica no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Entre os dias 16 de novembro a 20 de novembro de 1998, totalizando uma carga horária de 20 horas. (Programa e certificado ANEXO 6).

Realizamos visita ao Hospital do Cepon no dia 14 de dezembro de 1998. (Relatório de visita e declaração ANEXO 7).

A jornada da ESPO nos proporcionou começarmos a elaboração do projeto e dar início ao estágio de forma mais atualizada onde pudemos proporcionar à criança/família uma assistência com melhor qualidade. Sendo este o nosso primeiro contato com a oncologia.

A mensagem principal desta jornada pode ser expressa no depoimento de uma palestrante: “A doença como caminho” na qual ela relata a experiência como paciente com câncer, nos proporcionando uma visão diferente frente a doença.

O Curso de Atualização em Oncologia Pediátrica foi dirigido aos auxiliares e técnicos de Enfermagem, nos fornecendo subsídios complementares ao nosso estágio.

Durante todas as manhãs de quinta-feira participávamos no ambulatório de oncologia de um encontro entre a equipe multidisciplinar no qual eram discutidos assuntos pertinentes a oncologia pediátrica e estudos de caso.

O estágio nos proporcionou um amplo conhecimento e experiência na área de enfermagem oncológica pediátrica.

Foi uma experiência gratificante, apesar de pequenos obstáculos no qual procuramos uma postura de quem empaticamente cuida sem desgastar-se

durante o processo de cuidar, já que assistindo a criança e sua família conseguimos nos fortalecer frente a situação do câncer pediátrico.

Não vivenciamos o processo de morte durante a realização do estágio, o que para nós seria uma experiência marcante e significativa já que nos colocaria à prova. Segundo Kübler-Ross (1997), seria uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. E que se tivermos força e amor saberemos que o momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz de um ser humano.

6.6 6º Objetivo – Realizar procedimentos referentes a prática assistência.

Tivemos a oportunidade de realizar técnicas tais como:

- Preparo e administração de medicações prescritas;
- Punções venosas e instalação de fluidoterápia em bomba de infusão;
- Administração de quimioterapia;
- Orientação aos familiares e crianças quanto a doença e necessidades afetadas;
- Coleta de dados para Histórico de enfermagem e exame físico, prescrição e evolução de enfermagem;
- Avaliação de exames laboratoriais; entre outras.

Todas as oportunidades foram aproveitadas e foram de grande importância para a prática da assistência nos possibilitando uma certa experiência e segurança na área de enfermagem pediátrica oncológica. Esta experiência nos preparou para um futuro próximo; a possível gerência de uma unidade de internação, pois a vivência nos mostrou toda a responsabilidade que teremos pelo nosso caminho profissional.

6.7 7º Objetivo – Proporcionar subsídios teórico-práticos para a prática de enfermagem e para experienciar o câncer infantil.

Acreditamos que a elaboração de um instrumento de coleta de dados (ANEXO 2), baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), voltado para a área pediátrica possibilita uma contribuição para a prática de enfermagem e estabelece caminhos para a reflexão sobre a mesma, o que pode proporcionar uma melhor qualidade na assistência à criança/família. A implementação da prescrição (ANEXO 3) e da evolução (ANEXO 4) de enfermagem num local no qual não havia nenhum referencial explícito para a prática nos proporcionou um momento de desafio para a elaboração de algo novo. Os instrumentos por nós criados foram de grande importância para a prática assistencial na unidade de internação oncológica, pois favorece um caminho de assistência baseado num referencial.

-Estudo estatístico das internações da unidade de oncohematologia de acordo com o tipo de diagnóstico, idade, sexo e procedência de março de 1991 à novembro de 1998. (ANEXO 1).

Realizamos o estudo estatístico, sendo um objetivo não proposto e alcançado. Achamos importante sua realização para analisarmos a realidade das internações ocorridas na unidade. Para a elaboração deste estudo utilizamos o livro de registro de internações. No decorrer da coleta dos dados encontramos dificuldades como: dados incompletos, deixando de serem anotados dados importantes como o tipo de diagnóstico, idade, sexo e procedência. Verificamos que no período de férias da auxiliar administrativa não eram registradas as internações, tornando nosso estudo estatístico não fidedigno.

Na análise dos dados pudemos observar que, a LLA (leucemia linfocítica aguda), tem a maior incidência de internações (ANEXO 1), vindo em 2º e 3º lugar o neuroblastoma e o linfoma Não-Hodgkin. O sexo masculino foi o que apresentou maior incidência. A faixa etária de maior incidência é abaixo de 5 anos. A zona rural é a que mais aparece como procedência dessas crianças. O resultado desse estudo apesar das dificuldades encontradas para a realização do

mesmo, pode-se ter uma confirmação do que a literatura contempla. “A leucemia é a forma de câncer mais comum na infância. Ocorre mais freqüentemente em meninos que em meninas, após 1 ano de idade, e a incidência máxima se dá entre os 2 e 5 anos de idade” (Whaley & Wong, 1989).

7. TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para nós o fato de experienciarmos estes 37 dias junto as crianças/famílias e equipe nos proporcionou momentos para exercitarmos nossa postura acadêmica nos preocupando com a assistência e registros de enfermagem. Procuramos ser amigas e companheiras da equipe, participativas e preocupadas com a unidade e pessoas ao nosso redor, assistindo a criança e família com alegria, carinho e responsabilidade, facilitando assim as atividades e cumprimentos de nossos objetivos.

O nosso principal objetivo foi prestar assistência e experienciar o cuidado à criança/família e equipe na situação do câncer e através desta criamos um instrumento de identificação das necessidades humanas básicas afetadas dos clientes envolvidos baseado em Horta (1979), que vê o ser humano como um ser único, holístico, capaz, e parte de um universo dinâmico, sendo esta sempre atual e contemporânea, pois vê o ser humano como um todo, não fragmentando-o na sua patologia.

A implementação do processo de enfermagem proposto foi fundamental para o organização e estabelecimento da assistência ao cliente (criança/família), de uma forma holística, individual, buscando o atendimento das necessidades de cada cliente, promovendo a independência destes, estimulando sua ajuda e enfatizando sua importância no tratamento, para muitos condição irreversível, visando sempre o bem estar físico e mental destes.

Através da assistência prestada, da implementação do processo e da implantação dos instrumentos observamos que os dados encontrados são condizentes com o que se refere a literatura, com relação as causas, manifestações e tratamento oncológico.

Procuramos durante toda a prática garantir a assistência das necessidades humanas básicas da criança e família, recuperando, mantendo ou

promovendo a saúde através do cuidado, orientações, apoio psicológico, cooperação e enfrentamento no seu tratamento.

Ao final gostaríamos de ressaltar a satisfação e amor que envolveram este trabalho em todas as suas fases, desde a dúvida da escolha, a ansiedade na hora do planejamento, a curiosidade ao início da prática, ao desafio ao longo desta, e a satisfação pela conclusão do estágio, aos momentos gostosos de relatar o trabalho tentando colocar no papel todas as experiências vividas e ensinamentos, e a satisfação ao ver os resultados, tendo conseguido concluir mais esta etapa importante em nossas vidas com amor, vontade e responsabilidade.

8. REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA

BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994. V.1.

BESSA, Léa Cristina de Lazzari. *Pediatria Atual: Famílias de crianças com câncer*. São Paulo, v. 10. Jan/fev. 1997. pg. 11-13.

BOMFIM, E.C., SILVA, M.F. *Tocar e acariciar o ser humano prematuro: um desafio para a assistência humanizada da enfermagem*. Relatório de Conclusão do Curso de Enfermagem: UFSC, Florianópolis, 1997.

BONASSA, E.M. *Enfermagem em Quimioterapia*. São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu, 1992.

GERMANO, R.M. *A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo: Corez, 1993.

GUELLER, Rodolf. *Grande Tratado de Enfermagem: Enfermagem nas Neoplasias*. 12 ed. São Paulo: Brasileira, 1993. pág. 565-568.

HAUFF, S.D. *Neoplasias na infância*. Apostila do Curso de Atualização em Oncologia Pediátrica. Florianópolis, 1998.

HORTA, W. A . **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1979.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MONTICELLI, M., SILVA, D.M.G. **Teorias de Enfermagem**. Texto elaborado à disciplina de Fundamentação teórica de Enfermagem, do curso de graduação em Enfermagem da UFSC, 1997.

NEIS, A . L et al. **Utilizando a relação de ajuda no cuidado da criança, família e equipe que experenciam a situação de câncer infantil**. Relatório de Conclusão do Curso de Enfermagem: UFSC, 1995.

RADÜNS, V. & NEVES, E.P. **Coletânea de Informações sobre drogas antiblásticas**. 2ª ed. Curitiba. Ed. Florence, 1985.

SCHMITZ, E.M.R. & BACK, H.E.M. in SCHMITZ, E.M. e cols. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura: a enfermagem pediátrica e A quimioterapia antineoplásica: cuidados e manejos**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1989. P. 429-438.

STOCO, E.C.L., BACK, E.T., BERRETA, I.Q. in SCHMITZ, E. M. e Cols. **A Enfermagem e o paciente pediátrico Terminal**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1989. P. 469-476.

WHALEY & WONG - **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais a Intervenção Efetiva**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.

ZANCHETTA, M.S. **Enfermagem em Cancerologia: Prioridades e Objetivos Assistenciais**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1993.

9. ANEXOS

ANEXO 1

ESTUDO ESTATÍSTICO DAS INTERNAÇÕES OCORRIDAS ENTRE OS ANOS 1991 A 1998 DE ACORDO COM O TIPO DE DIAGNÓSTICO, IDADE, SEXO E PROCEDÊNCIA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ONCOHEMATOLÓGICA DO HIJG.

TIPO DE NEOPLASIA:

LLA – 40%
 NEUROBLASTOMA – 9%
 RETINOBLASTOMA – 3%
 LMA – 5%
 TUMOR DO SNC – 3%
 RABDOMIOSSARCOMA – 3%
 SARCOMA DE EWING – 2%
 OSTEOSSARCOMA – 1%
 LINFOMA NÃO-HODGKIN – 6%
 DOENÇA DE HODGKIN – 4%
 TUMOR DE WILMS – 11%
 OUTROS – 10%

SEXO:

MASCULINO - 58%
 FEMININO - 42%

IDADE:

ABAIXO DE 5 ANOS – 57%
 ACIMA DE 5 ANOS – 43%

PROCEDÊNCIA:

RURAL – 90%
 URBANA – 10%

ANEXO 2

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACINTE:

Nome:..... Idade:..... Sexo:.....

N do prontuário:..... Religião:..... Procedência:.....

Escolaridade:..... Data de internação:...../...../.....

Através de:

Ambulatório Emergência Transf. Interna Transf. Externa

Como chegou ao recinto:

Cadeira de rodas Maca No colo da mãe Deambulante

Como chegou ao recinto:

Lúcido inconsciente Consciente

Observações:.....
.....

1.1 - HISTÓRIA GESTACIONAL:

Pré - termo A termo Pós - termo

Fez pré - natal ?..... N de consultas:.....

Fez acompanhamento de crescimento e desenvolvimento ?

Doenças infecto - contagiosas anteriores e/ ou alergias:

.....
.....

Observações:.....
.....

1.2 - HISTÓRIA FAMILIAR:

Nome do pai:..... Idade:..... Escolaridade:.....

Naturalidade: Religião:..... Profissão:.....

Procedência:.....

Nome da mãe: Idade:..... Escolaridade:.....

Naturalidade:..... Religião: Profissão:.....

Procedência:.....

Observações:.....
.....

N de filhos e idade:
.....

Com quem ficam os filho:

Tios Vizinhos Avós Outros

Tipo de moradia:

Alvenaria Madeira Mista Outros

Própria Alugada Outros

N de cômodos: ()

Condições de saneamento:

Água: Encanada Poço Cachoeira/Ponteira

Iluminação: () Rede elétrica () Rabicho

Esgoto: () Aberto () Fechado () Fossa

Coleta de lixo: () Coletado () Enterrado () Incinerado

Transporte: () Coletivo () Particular

Doenças na família: (Tipo e grau de parentesco)

.....
.....

2 - PERCEPÇÕES E / OU EXPECTATIVAS:

Como se sente com relação à internação ?

.....
.....

O que sabe sobre a doença ?

.....
.....

Outras internações: Motivo:.....

Disponibilidade de permanência familiar e / ou visitas:

.....

O que gostaria de perguntar:

.....
.....

Práticas de educação / saúde:.....

.....

III - PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1 - Oxigenação: (*Respiração, tosse, expectoração, coriza, oxigenoterapia, etc.*)

.....
.....
.....

2- Hidratação: (*Volume, frequência, preferência, hábitos, etc.*)

.....
.....
.....

3- Alimentação: (*Apetite, intolerância, mastigação, hábitos alimentares, dependência na alimentação, deglutição e digestão, tipo de alimentos ingeridos, etc.*)

.....
.....
.....

4- Eliminação: (*Intestinal, urinária, menstrual, drenagens, vômitos, etc.*)

.....
.....
.....

5- Sono e repouso: (*Características, hábitos relacionados, problemas que dificultam, outros problemas relacionados, etc.*)

.....
.....
.....

6 - Atividades físicas: (*Exercícios e atividades físicas praticadas, problemas que dificultam, alterações provocadas, etc.*)

.....
.....
.....

7 - Integridade física: (*Amputação, deformidades, próteses, outros problemas*)

.....
.....
.....

8 - *Integridade cutâneo - mucosa: (Pele, couro cabeludo, olhos e pálpebras, ouvidos, boca, nariz, língua, dentes, garganta, ânus, órgãos genitais, abdome, etc.)*

.....
.....
.....

9 - *Cuidado corporal: (Necessidade higiênica, necessidade de tricotomia, etc.)*

.....
.....
.....

10 - *Regulações: (Térmica, alterações, fatores que interferem na regulação, outros problemas relacionados, etc.)*

.....
.....
.....

Hormonal: (Alterações, problemas terapêuticos relacionados, outros problemas, etc.)

.....
.....
.....

Neurológica: (Nível de consciência, convulsões, crises conversivas, vertigens, etc.)

.....
.....
.....

Hidroeletrolítica: (Sede, perda de líquido, retenção de líquido, etc.)

.....
.....
.....

Vascular: (Pulso, P. A.)

.....
.....
.....

Crescimento celular: (Problemas gerais, faz uso de QT, radioterapia)

.....
.....
.....

11 - *Percepções dos órgãos do sentido: (Visual, auditiva, olfativa, tátil, gustativa, dolorosa)*

.....
.....
.....

12 - *Terapêutica: (Condições para terapia IM, condições da rede venosa, necessidade terapêutica)*

.....
.....
.....

13 - *Sexualidade: (Problemas)*

.....
.....

14 - *Segurança física: (Prevenção de quedas, isolamento, prevenção de fugas)*

.....
.....
.....

15 - *Meio ambiente: (Relacionados ao ambiente hospitalar e residência)*

.....
.....
.....

NECESSIDADES PSICOSOCIAIS E ESPIRITUAIS:

16 - *Segurança emocional: (Como se sente com relação à doença)*

.....
.....

17 - *Amor, afeto, atenção:*

.....
.....

18 - *Auto - imagem, aceitação, auto - estima:*

.....
.....

19 - *Auto - realização:*

.....
.....
20 - Liberdade e participação:

.....
.....
21 - Comunidade:

.....
.....
22 - Recreação:

.....
.....
23 - Gregária:

.....
.....
24 - Orientação tempo e espaço:

.....
.....
25 - Educação para a saúde:

ANEXO 3

Prescrição de enfermagem

| Data/hora | Cuidado | Freqüência |
|------------------|---|-------------------|
| | <i>1-Verificar sinais vitais;</i> | |
| | <i>2-Trocar catéter de O₂;</i> | |
| | <i>3-Observar sintomatologia respiratórias;</i> | |
| | | |
| | <i>4-Observar nível de consciência: reflexos, dormência, formigamento, ataxia;</i> | |
| | <i>5-Observar reações à QT: náuseas e vômitos, alopecia infecções, diarreia, constipação, mucosite;</i> | |
| | <i>6-Observar evolução de :</i> | |
| | | |
| | <i>7-Fazer curativo em:</i> | |
| | | |
| | <i>8-Observar e controlar expectoração / diurese / evacuação / SNG;</i> | |
| | <i>9-Estimular alimentação / hidratação;</i> | |
| | <i>10-Manter cuidados com:</i> | |
| | | |
| | <i>11-Manter grades elevadas;</i> | |
| | <i>12-Manter leito em semi - fowler;</i> | |
| | <i>13-Manter cuidados com paciente politransfundido;</i> | |
| | <i>14-Estimular recreação;</i> | |
| | <i>15-Dar apoio psicológico;</i> | |
| | <i>16-Observar alterações de conduta da criança e família;</i> | |
| | <i>17-Proporcionar orientação e cuidados à família;</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANEXO 4

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANEXO 5

Programa

15/10/98 - Quinta-feira

18h30 - Inscrição

19h00 - Abertura

19h30 - Conferência de Abertura

Morte - O Grande Paradigma dos Profissionais de Saúde

Dra. Maria Tereza E. Schöeller - Oncologista (SC)

20h30 - Coquetel

16/10/98 - Sexta-feira

08h00 - **Mesa Redonda: Tratamento Domiciliar uma visão inter-profissional**

Dr. Felisberto Andreas Bub - Oncologista (SC)

Telma Búrigo - Nutricionista (SC)

Aldaneia Norma de Souza - Enfermeira (SC)

Rose Cler Macan - Assistente Social (SC)

Rita de Cássia Franz Vieira - Farmacêutica (SC)

10h00 - Coffee Break

10h15 - **Assistência Social na Esfera Pública**

Heloisa Maria J. de Oliveira - Assistente Social

11h00 - **A Relação Profissional/Paciente no Contexto Hospitalar**

Dr. Oscar Reymundo - Psicanalista (SC)

11h45 - Almoço

13h15 - **Implantação do TMO**

Dr. Marco Rótolo - Onco-hematologista(SC)

14h00 - **Ampliação da Visão Oncológica - Contribuição das Terapias Alternativas**

Dr. Rogério Rita - Homeopata (SC)

14h45 - **A Doença como caminho**

Dra. Sandra Rinaldi - Ginecologista (SC)

15h30 - CoffeeBreak

15h45 - **Valorizando quem cuida - a qualidade de vida começando com a prevenção**

Clarice Oliveira de Azevedo - Enfermeira (SC)

Cristina da Silva Vieira - Enfermeira (SC)

16h00 - **Hospitalização do Paciente com Câncer e o Cuidado da Enfermagem para minimizar os estressores**

Jacqueline Silva - Enfermeira (SC)

16h15 - **Resultado de uma Prática Assistencial Planejada**

Sandra do S. Passos Miranda - Enfermeira (SC)

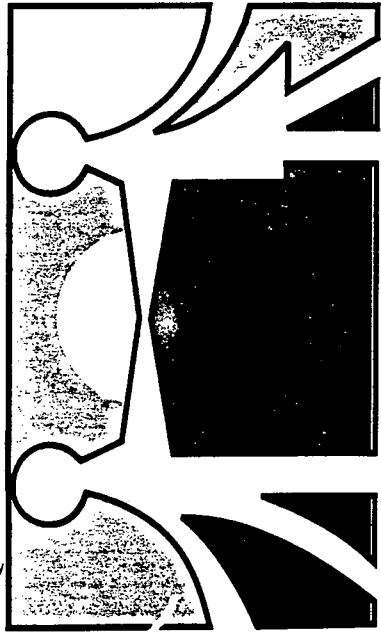
16h30 - **Conferência de Ecerramento**

CIDADANIA E PREVENÇÃO DO CÂNCER

Dra. Rosângela Tófani Braga - Médica Sanitarista (GO)

SE T C

EQUIPE DE SUPORTE AO



PACIENTE ONCOLÓGICO

Certificamos que

FERNANDA GAYNETT

*participou da IIª Jornada da ESPO no período de
15 a 16 de outubro de 1998, em Florianópolis/SC,
com carga horária de 10 horas, na qualidade de*

PARTICIPANTE

Florianópolis, 16 de outubro de 1998

Telma Búrigo
Telma Búrigo
Presidente

Célia Crocetta Goes
1ª Secretária

Apoio

CEPON
Centro de Pesquisas Oncológicas
Serviço Social - (048) 224-9033



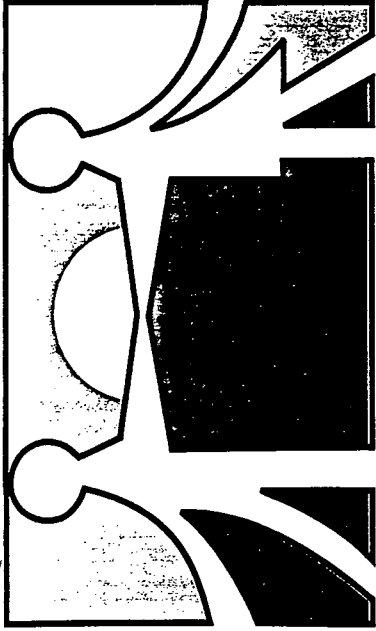
FAHECE
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO HEMÓST. E CEPON

Patrocínio

Laboratórios Farmacêuticos

SE T E C C C C

EQUIPE DE SUPORTE AO



PACIENTE ONCOLÓGICO

Certificamos que

GIANE BRASIL

*participou da IIª Jornada da ESPO no período de
15 a 16 de outubro de 1998, em Florianópolis/SC,
com carga horária de 10 horas, na qualidade de*

PARTICIPANTE

Florianópolis, 16 de outubro de 1998

Selma Búrigo
Telma Búrigo
Presidente

Célia Crocetta Góes
1ª Secretária

Apoio

**CEPON**
Centro de Pesquisas Oncológicas
Serviço Social - (048) 224-9033

**FAHECE**
FUNDAÇÃO DE APOIO
AO TRABALHO FARMACÉUTICO

Patrocínio

Laboratórios Farmacêuticos

ANEXO 6

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

| | |
|--|--|
| 2ª feira (16/11) 08:00 x 09:00 09:00 x 10:00 10:00 x 10:15 10:15 x 12:00 | Noções Básicas sobre Leucemias Noções s/ Distúrbios Hematológicos e Hemoterapia. Intervalo Noções Básicas sobre Tumores Sólidos |
| 3ª feira (17/11) 08:00 x 10:00 10:00 x 10:15 10:15 x 12:00 | Administração de Citostáticos/Efeitos colaterais e cuidados de enfermagem. Intervalo Emergências Oncológicas |
| 4ª feira (18/11) 08:00 x 10:00 10:00 x 10:15 10:15 x 11:00 11:00 x 12:00 | Preparo de Cistostáticos : Manuseio da capela e preparo das principais drogas usadas usadas no HIJG. Intervalo Transplante de MO Cuidados com Catéter de Longa Permanência (CTI) |
| 5ª feira (19/11) 08:00 x 10:00 10:00 x 10:15 10:15 x 12:00 | Prevenção de Infecções em Paciente Oncológico Intervalo Imunização em Paciente em QT |
| 6ª feira (20/11) 08:00 x 09:00 09:00 x 10:00 10:00 x 10:15 10:15 x 11:00 11:00 x 12:00 | Riscos Ocupacionais Relação Equipe x Família e Paciente Oncológico Intervalo A Equipe Frente a Morte Políticas Públicas na Área da Saúde e Serviço Social |



C E R T I F I C A D O

Certificamos que
Fernanda Gaynett participou do
Curso de Atualização em Oncologia
Pediátrica, realizado nesta Unidade
Hospitalar no período de 16 a 20 de
novembro de 1998, com carga horária
de 20 (vinte) horas.

Florianópolis, 26 de novembro de 1998.

GEDOR

**Direção Geral
HIJG**



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Infantil João de Gusmão
Gerência de Desenvolvimento Organizacional



C E R T I F I C A D O

Certificamos que
Giane Brasil participou do Curso
de Atualização em Oncologia Pediátrica,
realizado nesta Unidade Hospitalar no
período de 16 a 20 de novembro de 1998,
com carga horária de 20 (vinte) horas.

Florianópolis, 26 de novembro de 1998.

GEDOR

**Direção Geral
HIJG**

ANEXO 7

RELATÓRIO DA VISITA AO HOSPITAL DO CEPON

A visita foi realizada ao hospital do Cepon que se localiza a rua: Artista Bittencourt, Centro – Florianópolis, no dia 14 de dezembro de 1998 no período vespertino. Fomos recebidas pela enfermeira-chefe do serviço de enfermagem, onde esta nos falou da filosofia e história do Cepon, nos mostrando a área física do mesmo.

O que é o Cepon?

O Centro de pesquisas oncológicas (Cepon), é o serviço público de referência no tratamento de pacientes com câncer em Santa Catarina e o centro de referência da organização mundial de saúde (OMS) para a medicina paliativa no Brasil.

Atua em três níveis de assistência: ambulatorial, hospitalar e domiciliar, através de uma equipe multidisciplinar especializada. Atualmente, a entidade atende 23.000 (vinte e três mil) pacientes pôr ano, sendo 92% atendidos pelo SUS.

O Cepon surgiu de uma iniciativa pioneira do oncologista Alfredo Daura Jorge em 1974. Inicialmente, fazia parte do hospital Governador Celso Ramos, mas em outubro de 1992, tornou-se unidade autônoma graças ao seu crescimento em atendimento e a repercussão do serviço prestado aos pacientes que a ele recorreram.

Em 1994 foi criada a FAHECE (Fundação de apoio ao Hemosc e Cepon) através de um convênio com o governo do estado. Como modelo fundacional privado, o objetivo da FAHECE é administrar os recursos gerados pelas unidades apoiadas. Recursos estes reinvestidos no custeio, na continuidade da assistência e em novos projetos do Cepon, com a ativação de sua unidade hospital com 42 leitos, inaugurados em 1996.

No início de 1998, através do decreto nº 2.701, o Cepon foi designado como órgão central do sistema estadual de oncologia, estabelecendo suas competências como órgão de caráter normativo, coordenador e controlador da política, ações de prevenção, controle e tratamento das oncopatologias.

Missão do Cepon

Desenvolver ações na área de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer, conscientizando a população e os profissionais da saúde através da informação, capacitação e treinamento.

Diretrizes do Cepon

- 1) Garantir aos pacientes oncológicos um tratamento multidisciplinar, integrando a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar.
- 2) Informar e orientar sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer.
- 3) Descentralizar as ações de combate ao câncer em cidades de referência regional no estado.
- 4) Incentivar e apoiar o ensino e pesquisa na área de oncologia, de forma autônoma ou integrado a instituições afins do país e do exterior.
- 5) Promover o treinamento e aperfeiçoamento técnico e humano na área de oncologia.
- 6) Desenvolver o registro de câncer que sirva como base de dados epidemiológicos para futuras ações.

Área física do Hospital do Cepon

A área física do Hospital do Cepon compõem-se de três pavimentos, estando distribuídos da seguinte forma:

Andar térreo – sala de espera para pacientes e visitantes; recepção e registros de pacientes; sala da telefonista; arquivo; sala da chefia dos serviços

administrativos; sala dos técnicos; farmácia; cozinha; refeitório; câmara fria desativada; área de lazer para os funcionários; expurgo e sala de depósito.

1º andar – voltado para o atendimento de pacientes internados possuindo 5 quartos; copa; expurgo; sala de preparo de quimioterapia, refeitório, depósito de materiais.

2º andar – voltado para o atendimento de pacientes em cuidados paliativos. Dispondo de quatro quartos, sendo um isolamento; sala de reuniões, área de lazer, expurgo; depósito de materiais; posto de enfermagem.

DECLARAÇÃO

Declaro que a Acadêmica de Enfermagem **FERNANDA GAYNETT**
DA Universidade Federal de Santa Catarina realizou visita técnica
na Instituição Opson (Hospital)
no dia 14 / 12 / 98 no período vespertino.

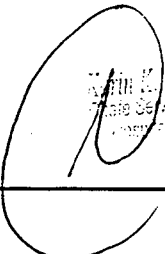
Florianópolis, de dezembro de 1998.

Fernanda Gaynett

DECLARAÇÃO

Declaro que a Acadêmica de Enfermagem **GIANE BRASIL**
DA Universidade Federal de Santa Catarina realizou visita técnica
na Instituição Cepan (Hospital)
no dia 14 / 12 / 98 no período vespertino.

Florianópolis, de dezembro de 1998.



A circular stamp is partially visible behind the signature, containing the text: "Universidade Federal de Santa Catarina" and "Instituto de Enfermagem".

CRONOGRAMA

| DATA | ATIVIDADES |
|---------------|---|
| 19/10 a 03/11 | Elaboração do projeto |
| 03/11 | Entrega do projeto |
| 05/11 | Entrevista com a Banca Examinadora |
| 06/11 | Apresentação dos projetos |
| 09/11 a 13/11 | Apresentação do projeto aos funcionários da Oncohematologia; Ambientação para conhecimento da unidade; Participação na central de quimioterapia; Ambientação e conhecimento do cuidado prestado à criança/família/equipe; Prestar assistência à criança/família/equipe; |
| 16/11 a 20/11 | Participação do curso de Atualização em Enfermagem Oncológica Pediátrica promovido pelo CEDRHUS no HIJG; |
| 23/11 a 27/11 | Prestar assistência a criança/família/equipe; Elaboração do instrumento para identificação das Necessidades Humanas Básicas da criança/família; Reunião para identificação das necessidades Afetadas da equipe; |

| | |
|----------------|--|
| 30/11 a 04/12 | Aplicação do instrumento; |
| | Reunião para identificação das necessidades |
| | Afetadas da equipe; |
| | |
| .07/12 a 30/12 | Planejar, executar e avaliar o cuidado prestado à |
| | Criança/família/equipe a partir da identificação das |
| | NHB. |
| | |
| | |