



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I- CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDVA DUARTE BRITO

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: vivências do
principal cuidador**

**CAMPINA GRANDE
2013**

EDVA DUARTE BRITO

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: vivências do
principal cuidador**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Angela Cristina Farias dos
Santos

CAMPINA GRANDE
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B862d

Brito, Edva Duarte.

Diagnóstico e tratamento em oncologia pediátrica [manuscrito] : vivências do principal cuidador / Edva Duarte Brito. – 2013.

28 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Esp. Ângela Cristina Farias dos Santos, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência de enfermagem. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Oncologia. I. Título.

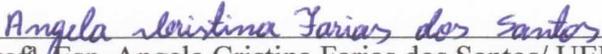
21. ed. CDD 610.73

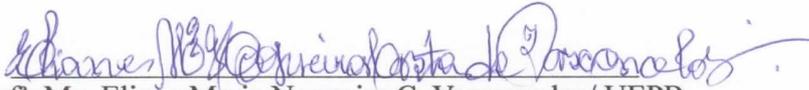
EDVA DUARTE BRITO

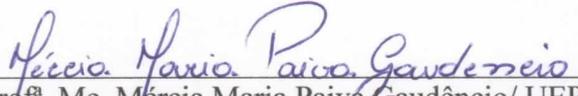
**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: vivências do
principal cuidador**

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de artigo apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

Aprovada em 01/08/ 2013.


Prof^ª Esp. Angela Cristina Farias dos Santos/ UEPB
Orientadora


Prof^ª. Me. Eliane Maria Nogueira C. Vasconcelos/ UEPB
Examinadora


Prof^ª Me. Mercia Maria Paiva Gaudêncio/ UEPB
Examinadora

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 04 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 06 |
| 3. REFERENCIAL METODOLÓGICO..... | 09 |
| 4. DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA..... | 11 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 18 |
| 6. REFERÊNCIAS | 19 |
| 7. APÊNDICE A..... | 23 |
| 8. APÊNDICE B..... | 24 |
| 9. ANEXOS | 25 |

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: vivências do principal cuidador

BRITO, Edva Duarte¹; SANTOS, Angela Cristina Farias dos²

RESUMO

Introdução: De todos os tumores malignos da infância, a leucemia é o mais comum, representando cerca de 29% no Brasil. Associado ao diagnóstico segue uma série de fatores vivenciados pelo principal cuidador, tais como internações frequentes; sofrimento e medo relacionados ao tratamento, recidivas e à morte; afastamento do emprego e preocupação com os filhos que ficaram em casa, podendo afetar a qualidade de vida do cuidador, bem como o tratamento da criança/adolescente. **Objetivo:** Investigar as vivências do principal cuidador de crianças e adolescentes com câncer em relação ao diagnóstico e tratamento. Analisar a reação dos mesmos frente ao diagnóstico de LLA e suas experiências em relação ao tratamento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de outubro de 2012 a junho de 2013. A leitura e interpretação dos dados ocorreram através da análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** A LLA em uma criança/adolescente afeta toda a família provocando inúmeras mudanças. O principal cuidador passa a vivenciar situações de dúvida, sofrimento, dor, angústia, medo e mudanças na rotina diária tornando o processo mais difícil e desgastante. **Conclusão:** Os profissionais de saúde precisam conhecer e compreender a percepção e vivência da família, a fim de planejarem e direcionarem suas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia. Enfermagem Pediátrica. Cuidadores.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2004, foram registrados 141 mil óbitos por câncer. Em 2005 o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 423 mil internações por neoplasias malignas, 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia, sendo tratados, mensalmente, aproximadamente 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial (INCA, 2008). Dados do INCA (2011) revelam que em 2007 houve um total de 167.666 mil óbitos, sendo 3.011 na faixa etária entre 0 a 19 anos.

De todos os tumores malignos que acometem a população, o câncer em crianças e adolescentes representa 1% a 3%, sendo a leucemia o câncer mais comum, representando cerca de 25% a 35% de todos os tumores infantis. No Brasil, o percentual mediano é de 29%, com maior incidência entre um e quatro anos de idade (MALAGUTTI, 2011). Dos subtipos de leucemias, a LLA (Leucemia Linfocítica Aguda) corresponde a 80% de todas as leucemias na população mundial infantil (PELISSARI, 2009).

Atualmente, a percentagem de cura é de 80% quando o diagnóstico é realizado precocemente, porém, muitas vezes é realizado de forma tardia por ser confundido com doenças comuns na infância. Seja este precoce ou tardio, surgem inúmeras expectativas nos principais cuidadores das crianças/adolescentes, onde muitas vezes a sensação de impotência e falta de esperança estão presentes (MALAGUTTI, 2011).

¹ Graduanda de Enfermagem. UEPB. Brasil. E-mail: duart.2000@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista. Docente na UEPB. Brasil. E-mail: agelacristina@yahoo.com.br

O principal cuidador que referimos corresponde àquela pessoa que está permanentemente responsável por outra pessoa, sendo neste caso também, um cuidador leigo e familiar. Para tanto, consideramos a classificação de Wanderley para cada tipo de cuidador, podendo um cuidador ser classificado em mais de uma categoria. Nesse sentido, temos o cuidador remunerado que recebe um rendimento pela atividade de cuidar; o cuidador voluntário que não é remunerado; o cuidador principal que tem a responsabilidade contínua da pessoa sob seus cuidados; o cuidador secundário que divide as responsabilidades com o cuidador principal; cuidador leigo que não recebeu qualificação a atividade de cuidar; o cuidador profissional que possui qualificação específica podendo ser um enfermeiro, terapeuta, etc.; cuidador familiar: tem algum grau parentesco com a pessoa cuidada; cuidador terceiro: não possui qualquer grau de parentesco (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Associados ao processo de diagnóstico usualmente instala-se uma série de problemas que precisam ser enfrentados pela criança/adolescente e seu principal cuidador. Tais problemas estão relacionados aos períodos extensos de internações e reinternações, tratamento agressivo com severos efeitos colaterais e intercorrências, dificuldades resultantes de mudança na rotina diária antes do diagnóstico, sofrimento e medo relacionado à morte (NASCIMENTO et al., 2005).

A qualidade de vida da família pode ser afetada em razão dos inúmeros problemas encontrados durante o longo período de tratamento: medo de recidivas, forma de administrar as informações repassadas, preocupação com os filhos saudáveis, cuidados relacionados a infecções, entre outros (KOHLSDORF, 2008).

Malagutti (2011) ressalta que diante dessas novas situações, a família procura segurança e apoio na equipe de saúde, além de depositar nesta suas esperanças em relação à cura. Frente à complexidade desta situação, que envolve crianças/adolescentes e famílias, os profissionais de enfermagem inseridos nesse contexto devem oferecer um atendimento humanizado no que concerne à integralidade do cuidado.

Segundo Nascimento (2005), a enfermagem precisa atuar de modo a suprir as necessidades encontradas, evitando pré-julgamentos relacionados às crianças/adolescentes ou às limitações dos familiares em conseguir lidar com a situação. Cabe à enfermagem percebê-los como auxiliares e oferecer apoio quando desamparados.

Estudos relacionados ao impacto produzido pelo tratamento de câncer pediátrico nos cuidadores, especialmente os pais, fazem referências a diversos transtornos de comportamento, assim como mudanças relacionadas às práticas educativas, relacionamento

conjugal e satisfação com fontes de apoio. Porém, pouco se sabe a respeito de como os principais cuidadores lidam com o evento do câncer na infância, indicando a necessidade de mais estudos sobre o tema em questão (KOHLSDORF; JUNIOR, 2009).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As primeiras tentativas de controle do câncer no Brasil ocorreram no século XX, tendo como foco o diagnóstico e tratamento, porém com pouca atenção à prevenção. Com a reforma da saúde realizada por Carlos Chagas em 1921, começou a haver mais atenção direcionada ao diagnóstico e tratamento, percebendo que o diagnóstico precoce oferece melhor prognóstico. Na época de Getúlio Vargas foi instituída a Política Nacional de Combate ao Câncer, sendo em 1937 criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (RJ), tornando-se mais tarde o INCA (Instituto Nacional de Combate ao Câncer). Em 1941 surgiu o SNC (Serviço Nacional de Câncer) que criou em 1967 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, e após oito anos foi criado o Programa de Controle ao Câncer (MALAGUTTI, 2011).

A palavra câncer origina-se do grego *karkínos*, que significa caranguejo. O câncer corresponde a uma neoplasia que pode ser maligna ou benigna. As neoplasias consistem no crescimento celular descontrolado. As benignas crescem de forma organizada, lentamente, apresentam limites nítidos, não são invasivas, mas podem comprimir órgãos e tecidos adjacentes. São exemplos: lipoma, mioma e adenoma. Já as neoplasias malignas ou tumores malignos são capazes de invadir tecidos vizinhos provocando metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2011).

O câncer é classificado de acordo com a localização primária do tumor. Os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira são o câncer da cavidade oral, de cólon e reto, esôfago, estômago, mama, pele, próstata, pulmão, colo do útero e leucemias (INCA, 2011). A incidência de neoplasias na infância é bem menor do que na fase adulta. Entretanto, por ocorrer em um ser que está iniciando sua vida, acaba adquirindo sentido de complexidade e dramaticidade (AZEREDO et al., 2004).

O câncer infanto-juvenil (abaixo de 19 anos) deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. Além disso, seu período de latência é menor, crescendo rapidamente e tornando-se bastante invasivo, mas responde melhor à terapêutica. A maioria dos tumores pediátricos são considerados embrionários (BRASIL,

2008). Dentre os tipos mais comuns nessa fase destacam-se as leucemias, cânceres do sistema nervoso central (SNC), linfoma, neuroblastoma, rhabdomyosarcoma, tumor de Wilms, osteossarcoma e retinoblastoma (NETTINA, 2007).

De acordo com Malagutti (2011), nos países desenvolvidos, os tumores do SNC estão em segundo lugar como o mais comum, com cerca de 17 a 25 % dos tumores infantis, e em terceiro lugar os linfomas (7 a 18%). Já nos países em desenvolvimento, os linfomas estão em segundo lugar. Segundo o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) do MS (Ministério da Saúde), os óbitos por câncer, no ano de 2007, entre um e dezoito anos de idade, estão entre as dez primeiras causas de morte no Brasil e regiões. A partir dos cinco anos de idade, a morte por câncer corresponde à primeira causa de morte por doença. As neoplasias ocupam a quinta e terceira causa de óbito entre crianças/adolescentes de um a dezoito anos, para ambos os sexos, nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, ocupam a segunda causa de morte e a primeira por doença.

Por outro lado, com os avanços tecnológicos e científicos há inúmeras possibilidades na luta contra o câncer tornando o tratamento menos agressivo e tolerante ao paciente. Sendo as leucemias mais frequentes na infância, o seu prognóstico tem melhorado bastante com a introdução da quimioterapia há quarenta anos. Tais informações contribuem para desmistificar conceitos relacionados ao câncer e à morte, os quais são pouco trabalhados na sociedade e entre os profissionais de saúde (PASSOS; CRESPO, 2011).

Em geral, pouco se conhece sobre a etiologia do câncer na infância, principalmente por sua raridade, limitando o poder estatístico de alguns estudos. Em razão de seu curto período de latência, as exposições durante a vida intrauterina são o fator de risco mais conhecido na etiologia desse grupo de neoplasias (BRASIL, 2011). Os sinais e sintomas iniciais dependerão do grau de comprometimento da medula óssea, localização e extensão da infiltração extramedular, são eles: fadigabilidade, mal-estar geral, apatia, febre persistente de causa desconhecida, infecção recorrente, petéquias, púrpura e equimoses após traumatismo pequeno, palidez, linfadenopatia generalizada, dor abdominal causada pela organomegalia, dor óssea e articular, cefaleia e êmeses (NETTINA, 2007).

A leucemia linfocítica aguda (LLA) corresponde à neoplasia maligna mais comum em crianças/adolescentes, acometendo cerca de quatro em 100.000 crianças, sendo mais comum entre crianças brancas e do sexo masculino (NETTINA, 2007). As leucemias apresentam quatro subtipos mais comuns: Leucemia linfocítica crônica, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide crônica e leucemia mieloide aguda (INCA, 2013).

A LLA é decorrente do crescimento anormal de leucócito não granular frágil nos tecidos hematopoiéticos, especialmente na medula óssea, baço e linfonodos (NETTINA, 2007). Nesse sentido, o diagnóstico de LLA pode ter efeito devastador sobre a criança/adolescente e a sua família, pois ainda há a ideia de ser uma doença fatal, levando a estados de crise (MONTEIRO et al., 2008). Geralmente, o processo de lidar com a doença é designado aos pais, desde o adoecimento até o diagnóstico, internações, consultas e exames (KOHLSDORF; JUNIOR, 2009).

Santos e Gonçalves (2008) ressaltam que a experiência do câncer é algo mais doloroso do que qualquer outra patologia. Pois, geram vários sentimentos negativos, desde o diagnóstico até outras situações como o medo de procedimentos invasivos, a incerteza do prognóstico e recidivas, os efeitos do tratamento medicamentoso e a possibilidade de complicações e morte.

Ter na família uma criança ou adolescente com câncer requer cuidados relacionados a longos períodos de hospitalização, tratamento agressivo e efeitos adversos, problemas relacionadas com a modificação da rotina, dificuldades na compreensão do diagnóstico, desajustes financeiros devido a gastos com medicação e transporte, episódios recorrentes de angústia, dor e medo da possibilidade de morte. Nesse sentido, é importante conhecer como o principal cuidador enfrenta essas situações (MENSORIO; KOHLSDORF; JUNIOR, 2009).

O tratamento consiste em uma terapia de suporte para o controle de complicações como hiperuricemia, infecção, anemia, sangramento e dor, e uma terapia específica para erradicação das células malignas e restauração da função normal da medula óssea. Esta última consiste em quimioterapia para obtenção de remissão completa, normalização do sangue periférico e achados físicos, sendo administrada através de cateter central de demora ou implante. Em alguns casos é utilizada radioterapia com irradiação crânio-espinhal para profilaxia do sistema nervoso central (SNC), podendo também ser administrada radioterapia aos testículos nos casos de recidiva testicular. Para crianças que não respondem bem ao tratamento convencional, o transplante de medula óssea tem sido utilizado com sucesso (NETTINA, 2007).

Para acompanhar a criança/adolescente durante a internação hospitalar, os cuidadores deixam suas casas, necessitando do apoio de outras pessoas. Tais pessoas podem participar facilitando a resolução de problemas gerados pela própria família, ou podem apoiar sem precisarem, necessariamente, estarem presentes. Considera-se importante que a equipe de saúde conheça as redes de apoio da família, a fim de que sejam intensificados os cuidados

relativos aos próprios cuidadores e suas crianças/adolescentes (DI PRIMIO et al., 2010).

A realização de pesquisas relacionadas às vivências dos principais cuidadores de crianças/adolescentes com LLA torna-se relevante, pois se trata de doença diretamente relacionada à morte tornando as experiências angustiantes. Assim, os profissionais de saúde, não podem esquecer que a família faz parte do tratamento, precisando ser acompanhada e assistida em todos os aspectos, a fim de detectar suas necessidades e ajudá-los no processo de enfrentamento, pois só assim a família poderá auxiliar a criança/adolescente no processo de aceitação da nova condição (MONTEIRO et al., 2008).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de outubro de 2012 a junho de 2013.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na rua Carlos Chagas, S/N, São José. Escolhemos esse local por ser um centro de referência em Oncologia Pediátrica desde 2008. Até o mês de maio do corrente ano foram 131 atendimentos, atualmente são 81 crianças/adolescentes atendidos, dos quais 26 são portadoras de LLA.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, sendo avaliado (Nº CAAE: 11121213.0.0000.5182) e executado após aprovação. Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos da mesma e a importância de suas colaborações, do sigilo das respostas e da liberdade em fazer parte ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento sem serem prejudicados (Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Participaram da pesquisa os familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) que se encontravam internadas no HUAC no período da coleta de dados. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a. Aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- b. Ser o principal cuidador de crianças e adolescentes com o diagnóstico de LLA e que encontraram-se internados no setor de Oncologia Pediátrica durante o período de coleta de dados.

Como critérios de exclusão:

- a. Não aceitação dos termos da pesquisa e não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- b. O principal cuidador que não encontra-se com sua criança ou adolescente internados no setor de Oncologia Pediátrica durante a coleta dos dados.
- c. O cuidador de criança/adolescente que não tenha o diagnóstico de LLA.
- d. O cuidador que desistir de continuar participando da pesquisa.

Os responsáveis pelas crianças/adolescentes com câncer foram orientados quanto à mesma devendo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para prosseguimento da pesquisa. O referido termo era composto por duas vias sendo uma entregue ao participante da pesquisa e a outra permanecendo com o pesquisador. Foram utilizados os prontuários dos pacientes para a coleta de dados complementares à pesquisa como nome, idade, sexo, grau de parentesco, admissão da criança, data do diagnóstico e início do tratamento, e posteriormente foi realizada uma entrevista semi-estruturada para abordar os aspectos relacionados à vivência dos mesmos em relação ao diagnóstico e tratamento, enquanto principais cuidadores de crianças e adolescentes com LLA.

Os entrevistados foram informados sobre a forma de entrevista e gravação das mesmas, além do anonimato e liberdade de desistir a qualquer momento sem serem prejudicados.

O número de sujeitos foi delimitado obedecendo à saturação dos dados, e de acordo com a demanda de internamentos no serviço. Os participantes foram identificados utilizando-se um pseudônimo: A letra “C” para cuidadora, acrescida de um numeral.

A leitura e interpretação dos dados coletados ocorreram através da análise de conteúdo, onde inicialmente foi realizada uma pré-análise, sendo as entrevistas transcritas obedecendo às seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Em um segundo momento foi realizado a codificação do material, onde as entrevistas foram estruturadas conforme a seguinte categorização: 1. Reação dos cuidadores em relação ao diagnóstico; 2. Entendimento dos cuidadores em relação ao câncer; 3. Rotina do tratamento; 4. Sofrimento relacionado aos procedimentos; 5. Dificuldades encontradas; 6. Fontes de apoio. Em uma terceira etapa, ocorreu o tratamento dos resultados, por meio de inferência e interpretação em coerência com a literatura específica dessa temática, valorizando-se a construção de significados das ações, fomentando-se a formação de valores e as atitudes.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com uma amostra de dez principais cuidadoras (C), onde oito são mães consanguíneas, uma é mãe de criação e outra é avó materna, encontram-se na faixa etária média de 35 anos. Seis cuidadoras residem no município de Campina Grande, as demais residem em municípios vizinhos. As crianças se encontram na faixa etária média de oito anos. Sete dessas crianças são do sexo masculino e três do sexo feminino.

Dos sinais e sintomas ao diagnóstico

Independente do período em que as crianças/adolescentes se encontram em tratamento, a memória das cuidadoras (C) desde o período do adoecimento até o diagnóstico permanece muito nítida.

Na leucemia, o acúmulo de células anormais ocasiona uma série de manifestações orgânicas, sendo mais frequentes: febre, adenomegalias, manifestações hemorrágicas, palidez, hepatomegalia, esplenomegalia, fadiga e dor óssea (NEHMY et al., 2011).

Alguns desses sinais/sintomas foram relatados pelas cuidadoras, mesmo sem terem um conhecimento prévio dos mesmos.

“Ela começou a ficar mais quieta, mas era uma coisa que não me preocupava por ela ser sempre muito quieta, e depois veio uma dor na barriga, mas não era nem uma dor muito grande, e depois veio à questão da palidez.” (C 1)

“Febre, mancha roxa no corpo e ficou sem andar.” (C 4)

Para o pediatra, nem sempre é fácil o reconhecimento do câncer, sendo necessário que o mesmo presencie pelo menos dois casos de neoplasia maligna. Outros fatores que podem atrasar o diagnóstico é a presença de sinais e sintomas inespecíficos, além do quadro clínico da criança não se apresentar tão grave diante dos primeiros sinais da doença (CAMARGO; RODRIGUES, 2003). Alguns cuidadores relataram essa dificuldade de um diagnóstico precoce por parte de alguns profissionais.

“Aí a gente levou pra vários hospitais e nada... De janeiro até maio. Um dizia: Esse menino tá com síndrome do pânico, outro dizia que era autismo. Um disse que tava com um pouquinho de anemia, aí passou vitamina.” (C 3)

“Eu levei pro médico, aí ele pediu um raio X, aí ele disse: Não deu nada, então leve sua criança pra casa e qualquer coisa procure um Posto de Saúde.” (C 5)

Tais sinais e sintomas podem ser confundidos com outras patologias comuns na infância, sendo necessário escutar as informações transmitidas sob o olhar do cuidador e, principalmente, participar efetivamente desse processo colocando-se no lugar do outro. (NEHMY et al., 2011).

A espera por um diagnóstico pode gerar tensão no cuidador, tanto pela necessidade da criança/adolescente se submeter a vários procedimentos quanto pela expectativa do diagnóstico. Através do mielograma é possível obter o diagnóstico (NEHMY et al., 2011). O mielograma tem como função avaliar os blastos e verificar se há ou não presença de células leucêmicas na medula óssea. Para tanto, é feita a aspiração de uma quantidade de material da medula óssea e encaminhado para exame laboratorial (KOHLSDORF, 2008).

“Ela fez logo a biópsia, aí constatou que era leucemia.” (C 2)

“Aí fizeram aquele exame, o mielograma.” (C 5)

Reação dos cuidadores em relação ao diagnóstico

O processo de adoecimento de uma criança e as fases pelas quais irão passar podem gerar traumas tanto na criança como nos demais membros da família, tais problemas podem ser minimizados quando há uma maior interação da família. A revelação do diagnóstico é descrito como algo inesperado que nunca imaginariam vivenciar (SCHULTZ, 2007).

“Até hoje a ficha não caiu, a gente não espera, nunca esperava que ela ia cair numa dessa não.” (C 8)

Os principais cuidadores revelam sentimentos de choque, mal-estar, angústia, medo e choro (SCHULTZ, 2007).

“Foi um choque muito grande, foi um choque tão forte, tão grande que eu deixei a doutora falando com a minha irmã e saí.” (C 3)

“Pra ser sincera eu ainda tou em estado de choque, eu nem tou preparada pra falar, é

difícil assim, você aceitar, você fica se perguntando por que, mas não se queixando a Deus, mas querendo saber o propósito, o motivo, tá entendendo?” (C 1)

Como estratégias para amenizar a dor e sofrimento, os familiares revelam a fé e entrega a Deus (CARDOSO; DEL BIANCO FARIA, 2010).

“Mas, se Deus quiser, eu creio muito que vai dar tudo certo.” (C 1)

“Eu me desesperei muito. Mas eu me agarrei a Deus porque se eu perder esse menino [Pausa].” (C 10)

Entendimento das cuidadoras em relação à leucemia

Ao serem questionadas sobre o conhecimento relacionado ao tipo de câncer que acometia sua criança/adolescente, cinco das cuidadoras revelaram obter informações através das médicas ou dos familiares de outras crianças internadas na mesma instituição, bem como através de amigos, familiares ou profissionais de saúde, apenas uma procurou informações na internet, outra buscou informações em meios como filme e livros, e três preferiram não saber.

“Eu perguntei diretamente a ela.” [Referência à oncologista]. (C 4)

“A médica me chamou pra conversar e falou tudo direitinho. Ela falou que ela tava com leucemia, e leucemia era câncer, que podia ser tratado, que tinha cura [...].”

(C 8)

Algumas cuidadoras demonstram não estarem psicologicamente preparadas para conhecer mais sobre o câncer. Um dos fatores mais determinantes e que pode interferir no entendimento da doença diz respeito ao medo relacionado ao câncer em crianças (KLASSMANN et al., 2008).

“Eu procuro não saber. No início, eu procurava saber, mas, depois eu deixei pra lá [...].” (C 5)

“Eu só sei o que as médicas falaram, eu não quis procurar saber na internet, nada.”

(C 7)

“Mas, eu não tenho cabeça pra isso [...].” (C 9)

A família sente necessidade de conhecer mais sobre a doença, tratamento, cuidados, limitações, sintomas e evolução. Tal conhecimento pode proporcionar bem estar à família pelo fato de conhecerem como se desenvolve todo o processo (SCHULTZ, 2007).

“Eu procurei na internet, já pesquisei muito, o dela não foi questão de alimentação que é uma das coisas, foi da genética, não foi hereditário, ela [Referência à médica] falou pra mim que foi da genética.” (C 1)

“Eu procurei, eu até, assim, loquei uns filmes pra saber como lidar, pra saber como é com a família, como é a reação da família diante disso. Aí eu vivo procurando livros, fico olhando livros de alimentação saudável, que é pra eu aprender mais, saber mais pra lidar com ele e ajudá-lo, né?” (C 3)

Nesse sentido, cabem aos profissionais de enfermagem realizar um trabalho de orientação contínua e desenvolverem em suas relações interpessoais o humanismo, sensibilidade e receptividade, contribuindo assim para uma assistência mais qualificada. Além disso, é fundamental a presença de uma equipe multiprofissional para um trabalho holístico, específico e ampliado (KLASSMANN et al., 2008).

Tratamento e mudanças na rotina familiar

O tratamento pode gerar inúmeras necessidades e mudanças, podendo incluir a interdependência e obrigação de manter um vínculo maior com a criança/adolescente, mudanças na forma de cuidar e de dar atenção, exigências relacionadas aos cuidados com alimentação, internações prolongadas, modificações na rotina familiar, pessoal e profissional, além de expectativas que podem gerar conflito, medo, ansiedade, prejudicando a qualidade de vida durante o tratamento (KOHLSDORF; JUNIOR, 2008). As demonstrações de mudança com o advento do tratamento foram relatadas, de uma forma ou de outra, por todas as cuidadoras.

“Mas é um processo desgastante, é um tratamento sofrido, né? Vai ter ainda uns dois anos, vai ter toda semana furada pra colher sangue. Aí tem as quimio que duram uma semana ou mais, tem a intratecal, é um tratamento bem doloroso e extenso.” (C 1)

“Eu também gostava de sair pra festa, agora não vou mais, fico só com ele. Agora minha vida é de casa pro hospital, do hospital pra casa.” (C 4)

Dada à complexidade da neoplasia infantil, torna-se necessário um tratamento abrangente no que se refere não apenas cuidar do físico, mas também do psicológico, assim a família exerce um papel fundamental nesse processo devendo estar sempre incluída, a fim de auxiliar com seu olhar atento e ações de cuidado (MENEZES et al., 2007).

“Eu acho assim, tá sendo eficaz, é forte as quimio, né? Mas, graças a Deus ela tá reagindo bem, não tem náuseas, nem parece que toma a quimio. Chega em casa, nem fica tonta, nem enjoada. Quem ver, não tem quem diga que tem alguma coisa.” (C 1)

“O tratamento dele no início foi mais forte, eu achei [...] Mas, ele foi melhorando, passando as dores, voltou a andar.” (C 3)

Segundo Monteiro et al. (2008), os familiares passam a vivenciar o cotidiano da criança e por estarem focados nos cuidados e em cada situação de temor e possibilidades que surgem, deixam de viver sua vida pessoal, social e familiar, e escolhem, mesmo que indiretamente, se tornarem os responsáveis por tudo o que acontece com a criança/adolescente.

“Aí você gosta de passear, levar pra sair, aí você ver que tem que fazer tudo pra criança não se estressar porque ela vai cobrar e tem que ficar em repouso seis meses sem sair, aí você tem que fazer tudo pra tá brincando, pra dar assistência porque ela se cansa de tá só em casa, né?” (C 1)

Sofrimento relacionado aos procedimentos

A realização de procedimentos é reconhecida como algo que causa sofrimentos, dor, impotência, mas que é indispensável ao tratamento. A necessidade de se submeter a tais procedimentos provoca sofrimento e revolta na criança/adolescente. Nesse sentido, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, deve apoiar a família nesses momentos difíceis (SCHULTZ, 2007).

“Ave Maria, eu fico arrasada, arrasada, nem o pai se conforma pelo tempo do tratamento porque toda vez que tem que vir pra cá, sabe que tem que colocar acesso,

que vai ser furada, que vai ter aquele choro, aquele drama todinho, é complicação, é doloroso. Você saber que tá levando, que tem que segurar pra furar sua filha.” (C 1)

Segundo Nascimento et al. (2009) os procedimentos invasivos geram uma série de desconfortos físico e emocional que vão se estender ao principal cuidador. Este reconhecerá tais desconfortos na criança/adolescente reagindo aos mesmos com sentimentos de dor, tristeza e medo.

“No começo ele chorava mais, ele chorava de um lado, eu chorava do outro. Uma enfermeira foi puncionar a veia dele, ele começou a chorar, aí eu comecei a chorar também. Como é que a pessoa vai ver ele chorando, se lamentando e não sofrer?” (C 9)

“Ah, é tão doloroso ainda, é muito doloroso, porque só de ver as agulhadas que ele vai levando [...].” (C 3)

Tais sofrimentos podem ser amenizados quando a equipe de saúde fornece informações antecipadas à família sobre a realização dos procedimentos, explicando como o mesmo será executado, seus objetivos e materiais utilizados. Além disso, a enfermagem pode utilizar o brinqueado terapêutico para auxiliar tanto na vivência do cuidador como também da criança/adolescente (SCHULTZ, 2007).

Dificuldades encontradas e fontes de apoio

Os familiares precisam se adaptar as novas situações decorrentes do tratamento, lidando com situações de estresse, medo, recaídas, internações, suporte a criança/adolescente com câncer e aos possíveis filhos que se encontram em casa, alterações na rotina familiar, social, no trabalho e no relacionamento conjugal; situações essas que podem afetar a qualidade de vida (KOHLSDORF; JUNIOR, 2010).

“[...] Você ver que é uma coisa que termina desgastando até o casamento porque você se estressa muito com tudo o que tá acontecendo, e eu fico o tempo todinho com ela, então às vezes fico muito estressada.” (C 1)

“As dificuldades de sair em um mercado como ia antes, nós quatro, aquela oportunidade de tá todos os quatro juntos, em uma feira, nas compras [...] Porque agora não pode ir os quatro, sempre tem que ficar um com ele em casa.” (C 3)

Outras situações podem afetar a qualidade de vida do acompanhante e do paciente como a demissão ou afastamento do emprego, redução na jornada de trabalho, não repasse do benefício financeiro do auxílio-doença, aumento de gastos com transporte, alimentação e medicação, além da redução das atividades de lazer (KOHLSDORF; JUNIOR, 2010).

“Antes eu trabalhava mais, aí nem sempre posso comprar o que quero, fica mais difícil pra comprar um medicamento, as comidas dele, porque ele não recebe o auxílio, então faz falta.” (C 7)

“Tem a dificuldade de transporte pra o hospital, às vezes tem que pedir dinheiro emprestado a alguém, porque né toda hora que a pessoa tem dinheiro.” (C 5)

Diante de tais dificuldades torna-se indispensável o auxílio de outras pessoas. Segundo Di Primio et al. (2010) é fundamental que a equipe de enfermagem ofereça suporte à família, assim como, conheça a mesma e seus vínculos apoiadores, percebendo a estrutura familiar, sua dinâmica e como ocorre a interação dessa família com o principal cuidador e a criança/adolescente com câncer, sendo esta família um elo importante para os familiares que estão vivenciando diretamente a doença.

“Minha família me ajuda muito, se eu quisesse, eles ficavam aqui com ele, sempre tem alguém, mas eu não quero porque eu não ia ficar sossegada em casa deixando ele aqui. Se for pra eu ficar um mês aqui com ele, eu fico se for pra ficar dois ou mais, eu fico, mesmo sabendo que quem viesse pra cá, cuidaria bem dele.” (C 7)

A interação familiar nem sempre ocorre da mesma forma, ocorrendo às vezes, pouco envolvimento da família (DI PRIMIO et al., 2010).

“Sou eu, ele e o pai dele, aí a gente se vira.” (C 4)

“Minha família não é daqui. Tem alguns da família do meu esposo que quando ela tá internada eles ligam pra saber como ela tá. Mas, da minha família se eu não ligar, eles não ligam não, e nem moram tão longe.” (C 5)

Nesse sentido, é necessário compreender a família como a principal fonte de apoio, entretanto outras pessoas podem oferecer suporte em um momento que é de grande fragilidade para os familiares. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem podem atuar fortalecendo vínculos a partir do momento que vai conhecendo a natureza das interações das pessoas envolvidas com o grupo familiar (DI PRIMIO et al., 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade percebe o câncer como uma doença que causa inúmeros sofrimentos a própria pessoa, assim como aos que fazem parte de seu convívio. Porém, quando se trata de uma criança/adolescente com câncer, tais sofrimentos se tornam maiores por afetar um ser que está na fase inicial de sua vida. Os cuidadores se deparam com o inesperado, chegando muitas vezes a se questionarem se o que estão vivenciando é realmente real.

A criança/adolescente com câncer se torna o principal foco de atenção, ficando em segundo plano os aspectos relacionados ao trabalho, estudo, a própria saúde e bem estar físico, mental e espiritual. Entretanto, a forma como a família irá vivenciar tal processo repercutirá também na reação e resposta da criança ao tratamento.

Sendo o paciente um seguimento familiar, não há como a equipe de saúde atuar sem conhecer a percepção do principal cuidador, o qual é para a criança/adolescente a continuidade e representação daquela família que não poderá estar ao seu lado em todos os momentos vividos no ambiente hospitalar.

Assim, confirmamos não apenas o diagnóstico precoce e tratamento como aspectos fundamentais na recuperação, mas principalmente, a importância de conhecer a vivência da família em relação às novas experiências que se seguem ao diagnóstico, a fim de que novas práticas e cuidados sejam desenvolvidos pelos profissionais de saúde tendo como base as necessidades identificadas a partir do olhar do principal cuidador.

Através desse estudo foi possível analisar as vivências do principal cuidador de crianças e adolescentes com câncer em relação ao diagnóstico e tratamento. Porém, percebemos a necessidade da realização de mais estudos direcionados ao principal cuidador, pois assim como o paciente, ele também necessita de cuidados. Esperamos que tal estudo possa auxiliar na Sistematização do Cuidado de Enfermagem para um atendimento amplo e holístico, voltado não apenas para o paciente, mas também para a família.

PEDIATRICAL ONCOLOGY DIAGNOSIS AND TREATMENT: The Experience of the

Main Caretaker

ABSTRACT

Introduction: Of all the childhood tumors the Acute Lymphocytic Leukemia (ALL) is the most common, representing, in Brazil, 29% of all childhood cancer cases. Associated to the diagnosis come a multitude of problems for the main caretaker, such as frequent hospitalizations; suffering and fear related to the treatment, recesses and death; dismissal from work and concern for the children that stay at home; all of which affect the quality of living of the caretaker, as well as the treatment of the child/teenager. **Objective:** To investigate the perceptions and life experiences of the main caretaker of children with cancer and how it relates the the diagnosis and treatment of the illness, analysing his/hers reaction when faced with an ALL diagnosis, evaluating their experiences in relation to the treatment, their understanding of cancer, their fears in relation to the procedures, their difficulties and their sources of help. **Methodology:** This was a field study, descriptive and using a quantitative approach promoted between october 2012 and july 2013. Data reading and interpretation was made through the content's analysis. **Results and Discussion:** When a child has ALL it affect their entire family, provoking countless changes. The main caretaker experience situations of doubt, pain, anguish, fear and changes to his/her daily routines that make the whole process much harder and wearisome. **Conclusion:** Health care professionals must know and understand the perceptions and experiences of the patients family in order to be able to plan and direct their interventions.

KEY-WORDS: Oncology. Pediatric Nursing. Caretaker.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, Z. et al. A Família da Criança Oncológica- Testemunhos. **Acta Médica Portuguesa**. Porto: 2004. 17: 375-380. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/5/375-380.pdf>>. Acesso em: 16 out 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. ISBN 978-85-7318-139-5. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf>. Acesso em: 15 out 2012.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro : Inca, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 20 out 2012.

CAMARGO, B. de; RODRIGUES, K. E. Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo:2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15377.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2013.

CARDOSO, C. L.; DEL BIANCO FARIA, A. M. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: *stress* e enfrentamento. **Estudos de Psicologia**. São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a02.pdf>>. Acesso em: 22 mai 2013.

DI PRIMIO, A. O. et al. Rede Social e Vínculos Apoiadores das Famílias de Crianças com Câncer. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis: 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/15.pdf>>. Acesso em: 10 out 2012.

INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Tipos de Câncer: Subtipos de Leucemia**. Rio de Janeiro: INCA: 2013. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/subtipos>>. Acesso em: 14 jun 2013.

KLASSMANN, J. et al. Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN 0080-6234. São Paulo: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200016>. Acesso em: 28 mai 2013.

KOHLSDORF, M. **Análise das Estratégias de Enfrentamento Adotadas por Pais de Crianças e Adolescentes em Tratamento de Leucemias**. Brasília: Instituto de Psicologia, 2008. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/27/TDE-2008-10-24T084110Z-3263/Publico/2008_Marina%20Kohlsdorf.pdf>. Acesso em: 15 jun 2013.

KOHLSDORF, M.; JUNIOR, Á. L. da C. Enfrentamento entre Cuidadores de Pacientes Pediátricos em Tratamento de Leucemia. **Interação em Psicologia**. Curitiba: 2009. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/36874_4613.PDF>. Acesso em: 18 out 2012.

_____. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia**. Campinas: 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a10v25n3.pdf>>. Acesso em: 04 jun 2013.

_____. Dificuldades Relatadas por Cuidadores de Crianças e Adolescentes com Leucemia: Alterações comportamentais e familiares. **Interação em Psicologia**. Curitiba: 2010. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?newwindow=1&site=webhp&source=hp&q=Dificuldades+Relatadas+por+Cuidadores+de+Crian%C3%A7as+e+Adolescentes+com+Leucemia&aq=1&gs_l=hp.3...1334.23402.0.25266.50.15.0.0.0.9.803.2315.7j1j2j0j1j0j1.12.0...0.0.0..1c.1.17.hp.yttmxg1kQQk>. Acesso em: 10 jun 2013.

MALAGUTTI, W. **Oncologia Pediátrica: Uma Abordagem Multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011.

MENSORIO, M. S.; KOHLSDORF, M.; JUNIOR, Á. L. C. Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte: 2009. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2009v15n1p158/644>>. Acesso em: 20 out 2012.

MENEZES, C. N. B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza: 2007. ISSN 1518-6148. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482007000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jun 2013.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. A Vivência Familiar diante do Adoecimento e Tratamento de Crianças e Adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda. **Cogitare Enfermagem**. Teresina: 2008. 13(4):484-9. Disponível em: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no4/1.pdf>>. Acesso em: 18 out 2012.

NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com Câncer e suas Famílias. **Revista Escola de Enfermagem: USP**. 2005. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/13.pdf>>. Acesso em: 03 out 2012.

NASCIMENTO, C. A. D. do. O Câncer Infantil (Leucemia): Significações de Algumas Vivências Maternas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza: 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/502>>. Acesso em: 05 jun 2013.

NEHMY, R. M. Q. et al. A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife: 2011, ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mai 2013.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.

PASSOS, P.; CRESPO, A. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. São Paulo: Lemar, 2011.

PELLISSARI, D. M. **Campos eletromagnéticos e leucemia linfocítica aguda em crianças residentes na Região Metropolitana de São Paulo**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.abricem2.com.br/web3/pdfs/assuntos_acad/DANIELE%20MARIA%20PELLISSARI.pdf>. Acesso em: 22 jun 2013.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. de. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf>. Acesso em: 15 jun 2013.

SANTOS, L. M. P. dos; GONÇALVES, L. L. C. Crianças com Câncer: Desvelando o Significado do Adoecimento Atribuído por suas Mães. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a14.pdf>>. Acesso em: 22 out 2012.

SCHULTZ, L. F. A Família Vivenciando a Doença e a Hospitalização da Criança: Protegendo o Filho do Mundo e o Mundo do Filho. 237 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos. São Paulo: 2007. Disponível em: <<http://tede.ung.br/bitstream/123456789/211/1/Lidiane+Ferreira+Schultz.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2013.

APÊNDICE A- REQUISITOS DOS PRONTUÁRIOS

1. Criança (Sexo) _____

2. Idade _____

3. Principal cuidador (Grau de parentesco) _____

4. Idade _____

APÊNDICE B- ENTREVISTA

1. Quais os sinais/ sintomas presentes em X que fizeram o/a Sr/ Sr^a procurar o serviço de saúde?
2. Como ocorreu o processo desde o adoecimento até a certeza do diagnóstico?
3. Como o Sr./Sr^a se sentiu ao receber a informação do diagnóstico de câncer em X?
4. O que o/a Sr./Sr^a conhece sobre a doença de X?
5. Como se desenvolve o tratamento de X?
6. Quais as mudanças ocorridas em sua rotina desde o início do tratamento?
7. Como o Sr./Sr^a se sente diante dos procedimentos aos quais X precisa se submeter?
8. Quais as dificuldades encontradas até o momento?
9. O Sr./Sr^a recebe algum tipo de apoio? Se sim, onde encontra esse apoio?

ANEXOS



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Edva Duarte Brito realizou a entrega do relatório final referente à pesquisa de número CAAE: 11121213.0.0000.5182, intitulada: Diagnóstico e Tratamento em Oncologia Pediátrica: vivências do principal cuidador; ressaltamos ainda que à mesma se encontra apta à publicação.

Campina Grande - PB, 06 de Agosto de 2013.


Dr^a. Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br