



ADOLESCENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO FUNDAMENTADO NA TEORIA DE CALLISTA ROY

ADOLESCENTS IN PALLIATIVE CARE: A STUDY BASED ON THE THEORY OF CALLISTA ROY

ADOLESCENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS: UN ESTUDIO FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

Patrícia Peres de Oliveira¹, Carolina Eloi Miranda², Eduardo Henrique de Oliveira Lima³, Marina Bueno Dias⁴, Edilene Aparecida Araújo da Silveira⁵, Andrea Bezerra Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: operacionalizar o processo de Enfermagem para adolescentes em cuidados paliativos, baseado no Modelo de Adaptação de Roy, utilizando NANDA, Classificação dos Resultados de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem. **Método:** estudo qualitativo, no qual se adotou, como estratégia metodológica, o estudo de caso, realizado com dois adolescentes e famílias, por meio de visitas domiciliares. Como referencial teórico, foi utilizado o Modelo de Adaptação de Callista Roy. **Resultados:** observou-se que os cuidados aos adolescentes e suas famílias favoreceram a adaptação, pois os jovens apresentaram melhora significativa frente aos estímulos; as condições socioeconômicas identificadas interferiram no bem-estar da família e da adolescente do sexo feminino e, conseqüentemente, percebeu-se o impacto gerado. Todavia, deve-se propor intervenções como orientações sobre o manejo dos sintomas apresentados e sessões de musicoterapia, contribuindo para a melhora no ambiente familiar, além da redução da ansiedade. **Conclusão:** as intervenções implementadas foram importantes para a substituição de respostas ineficazes por respostas adaptativas. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Neoplasias; Saúde do adolescente; Processos de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to operationalize the Nursing process for adolescents in palliative care, based on the Roy Adaptation Model, using NANDA, Nursing Outcomes Classification and Nursing Interventions Classification. **Method:** a qualitative study, in which the case study, was adopted, as a methodological strategy, carried out with two adolescents and families, through home visits. As a theoretical reference, the Callista Roy Adaptation Model was used. **Results:** it was observed that the care to the adolescents and their families favored the adaptation, since the young showed a significant improvement in front of the stimuli; the identified socioeconomic conditions interfered with the well-being of the female family and adolescent, and consequently, the generated impact was perceived. However, one should propose interventions as guidelines on the management of the presented symptoms and sessions of music therapy, contributing to the improvement in the environment reduction of anxiety. **Conclusion:** the interventions implemented were important for the substitution of ineffective responses by adaptive responses. **Descriptors:** Palliative Care; Neoplasm; Adolescent health; Nursing Process.

RESUMEN

Objetivo: operacionalizar el proceso de Enfermería para adolescentes en cuidados paliativos, basado en el Modelo de Adaptación de Roy, utilizando NANDA, Clasificación de los Resultados de Enfermería y Clasificación de las Intervenciones de Enfermería. **Método:** estudio cualitativo, en el cual se adoptó, como estrategia metodológica, el estudio de caso, realizado con dos adolescentes y familias, por medio de visitas domiciliarias. Como referencial teórico, se utilizó el modelo de adaptación de Callista Roy. **Resultados:** se observó que los cuidados a los adolescentes y sus familias favorecieron la adaptación, pues los jóvenes presentaron una mejora significativa frente a los estímulos; las condiciones socioeconómicas identificadas interfirieron en el bienestar de la familia y de la adolescente femenina y, conseqüentemente, se percibió el impacto generado. Sin embargo, se debe proponer intervenciones como orientaciones sobre el manejo de los síntomas presentados y sesiones de musicoterapia, contribuyendo para la mejora en el ambiente familiar, además de la reducción de la ansiedad. **Conclusión:** las intervenciones implementadas fueron importantes para la sustitución de respuestas ineficaces por respuestas adaptativas. **Descriptores:** Cuidados Paliativos; Neoplasia; Salud del Adolescente; Procesos de Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: pperesoliveira@ufsj.edu.br;

²Enfermeira, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: celoimiranda@gmail.com; ³Enfermeiro, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: eduardo.henrry@gmail.com; ⁴Enfermeira, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: marinabueno26@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: edileneap@ufsj.edu.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: andreabrodrigues@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período excitante, quando tudo parece incrível. Os jovens estão no limiar do amor e, muitas vezes, da vida profissional. Estão conhecendo os indivíduos mais interessantes do mundo, eles mesmos.¹⁻³ É uma fase da vida conhecida pelos impulsos do desenvolvimento que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais e pelo início das ações que têm como objetivo alcançar as expectativas culturais da sociedade em que eles vivem. É definido como o período de transição e mudança entre a infância e a vida adulta. O jovem começa a procura pela sua independência, definindo as coisas que gosta e os projetos de vida, passa a olhar para fora da família, procurando a convivência e a integração com o grupo social em que está inserido. Tais mudanças geram conflitos necessários ao amadurecimento da pessoa.¹⁻²

Inclua-se, ao cenário exposto, a vivência de um câncer, considerada uma das doenças mais avassaladoras para a grande maioria das pessoas. Ajustar-se à nova realidade, frente ao cotidiano da doença e ao contexto do cuidado terapêutico, é uma tarefa complexa.^{1,3} O diagnóstico da neoplasia maligna na adolescência confronta-se com a descoberta do corpo, a construção da identidade, a busca por autonomia e liberdade, além de, frequentemente, causar um efeito devastador não somente na vida do adolescente, mas, também, da família, uma vez que acreditam ser uma doença incurável relacionada à morte e com tratamentos dolorosos onde os efeitos adversos do tratamento oncológico podem comprometer a qualidade de vida, causando transtornos não somente no período de tratamento, mas, também, tardios.³⁻⁴

Diante disso, é essencial o planejamento de cuidados de suporte para esses jovens e suas famílias, o que requisita domínio dos profissionais de saúde acerca de informações teóricas específicas e sensibilidade para lidar com esta clientela. Inclusive, estudos apontam que os adolescentes e os jovens adultos são uma população vulnerável,⁴⁻⁵ além de destacarem que há um vácuo na assistência às crianças e aos adultos oncológicos⁴ e torna-se um abismo quando se trata de cuidados paliativos para essas pessoas.⁵ Outra pesquisa sugere que, como grupo, os jovens com neoplasia maligna tendem a experienciar um sofrimento mais severo e mais duradouro do que as crianças, adultos e idosos com diagnósticos semelhantes.⁶

Os cuidados paliativos têm, como objetivo principal, o alívio dos sintomas, sendo eles físicos, sociais, espirituais ou psicológicos, gerados pela doença crônica em si ou pela vivência da mesma. A família do paciente também é incluída nessa modalidade de cuidado, pois é caracterizada como uma extensão do mesmo. Os cuidados paliativos não possuem protocolos e, sim, princípios, para que seja trabalhada a individualidade dos pacientes que são vistos de forma holística, levando em consideração seus desejos e anseios momentâneos e gerando, assim, o foco principal, a qualidade de vida.^{3,5}

Para a família, reconhecer os cuidados paliativos é uma tarefa árdua, por estar diante de incertezas e apreensão em relação ao futuro e à possibilidade da morte.^{3,7} Reconhecer os benefícios dos cuidados paliativos não significa aceitar a morte porque essa é uma realidade que a família nunca aceitará, mas é sua forma de lidar com as perdas ao longo do percurso e manter sua esperança e perseverança, para ter foco no manejo do cuidado ao filho. Isso significa que a família vivencia o sentimento de perda no decorrer da doença e não apenas após a morte do filho, o que precisa ser reconhecido pelo profissional que lhes presta atendimento.⁷

Como já apontado anteriormente, os adolescentes com neoplasia maligna tendem a ficar mais sensíveis e vulneráveis aos estímulos provocados pela situação do câncer e não resposta do tratamento, interferindo na promoção de uma resposta eficaz diante desses estímulos, o que contribui, de forma negativa, para a sua adaptação. Então, cabe aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, pois permanece mais tempo ao lado do paciente e sua família, planejar a assistência integral a esses indivíduos e sua família, de forma ordenada e científica, utilizando o Processo de Enfermagem, baseado em um referencial teórico que, neste estudo, será o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MACR).⁸

O Processo de Enfermagem (PE) baseia-se em cinco fases interligadas, a saber: investigação; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação. Trata-se de um modo sistemático e dinâmico de realizar a assistência de Enfermagem, sendo imprescindível a Enfermagem baseada em evidências, além de proporcionar um cuidado humanizado.⁹ Os enfermeiros têm instrumentos de trabalho que permitem a interação ágil durante a aplicação do PE, dentre eles: os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem-NANDA,¹⁰

Resultados de Enfermagem-NOC¹¹ e Intervenções de Enfermagem-NIC.¹² O PE é embasado por fases que podem modificar conforme a teoria de Enfermagem a ser aplicada.⁹

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, o PE é dividido em seis fases: a primeira etapa é onde ocorre a avaliação do comportamento, que é conceituado como adaptativo ou ineficaz. A segunda etapa envolve a identificação dos estímulos internos e externos que estão influenciando os comportamentos. A terceira etapa do processo é a identificação dos diagnósticos de Enfermagem, que reflete o julgamento do enfermeiro sobre o nível de adaptação da pessoa. A quarta etapa abarca o estabelecimento de metas, momento em que o enfermeiro lista os comportamentos resultantes dos cuidados de Enfermagem. A quinta é destinada ao planejamento das intervenções que devem ser selecionadas, de acordo com as metas previamente estabelecidas, com vistas a promover a adaptação pela mudança do estímulo.¹³⁻⁴

A sexta fase do PE, conforme MACR, é a avaliação, onde julga-se a eficácia da intervenção de Enfermagem em relação ao comportamento humano de adaptação.⁸ Seu sistema concentra-se em comportamentos adaptativos e no conjunto de processos pelos quais uma pessoa se adapta aos ambientes estressores.^{8,13} Os estímulos que ocorrem com pessoas e famílias são responsáveis por gerar mecanismos de enfrentamento, descritos como mecanismos inatos ou adquiridos, para responder a mudanças do ambiente. Tais mecanismos irão desencadear respostas, podendo ser: respostas adaptativas e respostas ineficazes.^{8,14}

A Enfermagem tem como metas possibilitar respostas eficazes nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência) e as intervenções precisam estimular reações adaptativas nas situações de saúde e doença.⁸ O enfermeiro deve atentar-se para o manejo dos estímulos focais, contextuais, residuais da pessoa e na promoção da reação de adaptação.¹²⁻⁴

Ressalta-se que os estímulos focais dizem respeito ao problema central causador de alterações na pessoa. Os contextuais são os sinais e sintomas que podem ser avaliados, observados e/ou relatados pelo indivíduo. E os estímulos residuais são condições significativas para a situação da pessoa, mas que não são mensuráveis.¹⁴ Os mecanismos de enfrentamento utilizados para a adaptação

são o regulador, que compreende transmissores químicos, neuronais ou endócrinos, e o cognoscente, que envolve percepções, emoções e julgamento.¹²⁻³ Os mecanismos regulador e cognoscente atuam nos modos adaptativos.^{8,14}

Neste estudo, a neoplasia maligna gera estímulos, exigindo do indivíduo uma resposta que poderá ser tanto adaptativa como ineficaz, por meio da atenção domiciliária que inclui a família como elemento interativo e colaborativo no cuidado com a saúde, atendendo, assim, às necessidades complexas e utilizando uma gama de recursos institucionais, comunitários e familiares para a efetividade das respostas adaptativas.

A relevância desta pesquisa está, principalmente, no fato de se contemplarem três temas com especificidades distintas e que requerem manejo como: adolescentes, neoplasias malignas e cuidados paliativos. Além de haver escassos estudos em cuidados paliativos com adolescentes com neoplasia maligna e nenhuma publicação abordando o Processo de Enfermagem para essa população, cuidados paliativos para pacientes oncológicos adolescentes são um desafio pela diversidade das necessidades dos jovens, idades e ambientes de tratamento.^{2,4,6} Ressalta-se que os cuidados paliativos têm início no momento do diagnóstico e podem ser oferecidos concomitantemente à terapia direcionada à doença de base.^{3,5}

A escolha por implementar o Processo de Enfermagem em adolescentes em cuidados paliativos deu-se por constituir um grupo diferenciado, tanto no que se refere às condições sociais, quanto no aspecto dos cuidados necessários à sua saúde e bem-estar. Considera-se fundamental uma maior aproximação aos jovens para a identificação dos cuidados de Enfermagem que melhor atendam suas necessidades, buscando melhorar sua qualidade de vida e, consequentemente, a individualização da assistência. Desse modo, este estudo poderá contribuir para o conhecimento dos profissionais de Enfermagem que cuidam de adolescentes com câncer.

OBJETIVO

- Operacionalizar o Processo de Enfermagem para adolescentes em cuidados paliativos, baseado no Modelo de Adaptação de Roy, utilizando NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC-*Nursing Out comes Classification*) e Classificação das

Intervenções de Enfermagem (NIC-*Nursing Interventions Classification*).

MÉTODO

Estudo qualitativo no qual se adotou, como estratégia metodológica, o estudo de caso. Refere-se a um método amplo que permite ser aplicado a uma multiplicidade de problemas e pode ser empregado em múltiplos campos de pesquisa, a fim de proporcionar maior envolvimento e conhecimento do pesquisador com uma conjuntura real observada.¹⁵ Como referencial teórico, foi utilizado o Modelo de Adaptação de Callista Roy.⁸

O cenário de estudo foi o domicílio de dois adolescentes com neoplasias malignas, sendo um jovem do sexo masculino com Linfoma de Hodgkin (LH) recidivado e refratário à quimioterapia antineoplásica, diagnosticado aos 18 anos de idade, e uma adolescente com 16 anos de idade, com carcinoma de pequenas células hipercalcêmico do ovário direito. Foram realizadas visitas domiciliárias nos meses de março de 2016 a maio de 2017. Foram escolhidos esses adolescentes intencionalmente devido a estarem em cuidados paliativos e cadastrados em uma entidade filantrópica localizada na cidade onde residem, sem fins lucrativos, cujo objetivo é prestar assistência a pessoas com câncer, propiciando-lhes melhora da qualidade de vida e inclusão social.

Inicialmente, foi utilizado um roteiro de levantamento de dados, elaborado pela primeira autora, baseado na Teoria de Adaptação de Roy, dividido nos quatro modos adaptativos. Na parte relativa ao modo função do papel, foram contemplados dados relacionados à identificação e ao papel social. No modo interdependência, dados referentes à adequação afetiva, solidão e relacionamentos interpessoais. No modo autoconceito, enfatizaram-se os aspectos psicológicos, espirituais e do eu-físico (autoimagem) e no modo fisiológico, os aspectos relacionados à função neurológica, oxigenação, sentidos, nutrição, proteção, eliminação vesical e intestinal, atividade e repouso.

Ressalta-se que esse instrumento foi avaliado por seis juízes enfermeiros para a análise dos tópicos quanto à pertinência, clareza e aplicabilidade com experiência. Esses profissionais deveriam ter expertise no assunto e perfis que obedecessem aos seguintes critérios: ser enfermeiro, com atuação comprovada no Curriculum Lattes (base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) na

área de oncologia de, no mínimo, cinco anos e publicações com o referencial de Callista Roy. Solicitou-se, aos juízes, que apontassem sugestões de itens e modificações que considerassem pertinentes.

Na primeira visita domiciliária (VD), o roteiro destinou-se a avaliar os comportamentos e os estímulos focais, contextuais e residuais. A partir daí, foram estabelecidos os diagnósticos de Enfermagem, utilizando-se como a NANDA.¹⁰ Em seguida, foram estabelecidas as metas e as intervenções, a fim de promover uma melhor resposta adaptativa dos adolescentes. Diante do objetivo de atuar nos comportamentos ineficazes identificados, os resultados e as intervenções de Enfermagem foram definidos conforme a NOC¹¹ e a NIC.¹²

Em outras VD, as intervenções foram implementadas e avaliadas. Realizou-se um processo de julgamento sobre as respostas dos adolescentes a respeito dos estímulos geradores dessas respostas.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, conforme CAAE: 1210915.5.0000.5545, parecer número: 1.409.673. Os participantes do estudo aceitaram o convite voluntariamente, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a adolescente assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e seu responsável assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Menores de Idade. Para preservar a identidade dos mesmos, eles foram identificados com nome fictícios.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os dados referentes à investigação comportamental, ou seja, à coleta de respostas ou de comportamentos de saída do indivíduo como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos: modo fisiológico, modo interdependência, modo social ou modo autoconceito.

Os dados foram coletados mediante roteiro, baseado no MACR, exame físico e prontuário da instituição beneficente onde os adolescentes eram cadastrados, além de resultados de exames e laudos que se encontravam em sua residência. Este processo levou à obtenção da história dos jovens.

◆● **Histórico do adolescente com Linfoma de Hodgkin recidivado e refratário aos antineoplásicos em cuidados paliativos**

Adolescente, sexo masculino, diagnosticado aos 18 anos, solteiro, cor da pele branca, ensino fundamental completo, natural de Igaratinga, Minas Gerais, Brasil, encaminhado a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) devido a linfonodos aumentados na região cervical, axilar e inguinal, indolor, sem sinais inflamatórios locais, de aumento progressivo havia sete meses, apresentava inapetência e perda de peso de aproximadamente dez quilos em sete meses, além de sudorese excessiva e febre esporádica vespertina. Tomografia Computadorizada (TC) do tórax evidenciou tumorção no mediastino anterior, nódulo pulmonar à esquerda, linfonodomegalia hilar à direita. já a TC concluiu linfonodomegalia cervical. Os exames laboratoriais não demonstraram nenhuma anormalidade. A TC de abdômen mostrou hepatomegalia e linfonodomegalia hepática. Diagnóstico de LH estágio IVB devido à presença da doença em linfonodos em diferentes cadeias não contíguas e o acometimento de órgãos extralinfáticos (pulmão e o fígado). Realizou quimioterapia antineoplásica com ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) três ciclos e MOPP (metocloretamina, vincristina, procarbazona e prednisona) três ciclos, associada à radioterapia externa mediastinal. Realizou todo o protocolo, não conseguiu vaga em um CACON ou UNACON que fizesse TCTH pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada a primeira VD em março/2016, e as demais VD em maio/2016, julho/2016, outubro/2016, fevereiro/2017, abril/2017 e maio/2017. Residia com a mãe (do lar), pai (pedreiro) e a irmã de 15 anos, que tem déficit mental (acompanhada de segunda-feira a sexta-feira pela mãe durante todo o dia em tratamento), casa com saneamento básico e seis cômodos. Referiu estar namorando vizinha há dois anos. Nesta última data, encontrava-se com a doença em estadiamento IV, utiliza o SUS para as internações hospitalares, comunicativo, abatido, descorado, emagrecido, referiu dor abdominal latejante de moderada a intensa (de cinco a oito pela escala analógica da dor) constante há sete meses, além de dispneia ao deitar, dorme cerca de sete horas à noite, mas acordando várias vezes. Faz uso de opioides fortes de horário e para resgate. Peso corporal 25% abaixo do ideal, porém, apresentou aumento de três quilos entre a primeira e a última VD. No exame físico, apresentava dispneia aos médios esforços, expansibilidade torácica bilateral preservada, murmúrios vesiculares diminuídos, sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em dois

tempos, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros. Abdômen globoso, doloroso à palpação superficial e profunda, sons intestinais ativos, referiu evacuar diariamente fezes endurecidas, diurese sem alterações. Higiene corporal e oral preservadas, com a frequência de um banho/dia antes de dormir. Frequência respiratória: 14 ipm a 22 ipm; frequência cardíaca de 68 bpm a 74 bpm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg a 110 x 70 mmHg; temperatura de 36,2°C a 37,8°C. Na penúltima VD, referiu que estar sem possibilidade de tratamento é difícil e seus pais estão muito abalados com o prognóstico reservado. Referiu falta de energia o tempo todo, e disse:

Estou buscando força na espiritualidade, no carinho dos amigos e da minha namorada, não quero trazer mais um peso para meus pais [...] é impressionante como um abraço e uma palavra amiga pode fazer por você [...] hoje estou vivo, amanhã eu não sei, estou procurando entender um pouco mais o significado da vida e do amor [...]. Não vou mais ao hospital para sofrer, não quero ser acompanhado por esse tal de paliativos. (Adolescente com LH).

Em relação à finitude relatou:

Morte, tem dia que tenho medo de morrer (silêncio prolongado), outros dias rezo e fico tranquilo [...] muito bom poder estar falando claramente com alguém sobre meus sentimentos sobre a morte e meus desejos e medos até chegar o dia, sinto sozinho muitas horas do dia. (Adolescente com LH).

♦♦ Histórico da adolescente com carcinoma de pequenas células do ovário direito em cuidados paliativos

Adolescente, sexo feminino, com 16 anos de idade, cor da pele branca, natural do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, terminou o ensino fundamental, filha mais nova de três irmãos. Teve diagnóstico de câncer de ovário misto de células germinativas e inicialmente foi encaminhada para tratamento em um Centro de Alta Complexidade de Oncologia (Cacon). Sua família decidiu mudar para uma cidade próxima à capital de Minas Gerais, devido a parentes e local de moradia, a fim de realizar a confirmação diagnóstica e o tratamento. A queixa inicial foi aumento de volume abdominal (massas anexiais) e perda ponderal de mais de cinco quilos em três meses. Como antecedentes ginecológicos, menarca aos 11 anos, ciclos regulares, com dismenorreia moderada e sem início da vida sexual. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. No exame físico, detectou-se uma massa indolor palpável até ao nível umbilical. Na ecografia abdominal havia a descrição de

uma volumosa massa com 16 cm. Para esclarecer a origem, realizou-se uma ressonância magnética abdomino-pélvica na qual se observou volumosa massa pélvica mediana medindo 18 cm de eixo longitudinal com um volume de 800 cc. Tratava-se de uma lesão compatível com lesão primária do ovário direito, de contornos regulares, constituição heterogênea, com componente sólido periférico, com adenomegalia sem região pélvica e ascite. Exames laboratoriais: hemoglobina de 10,2 g/dl (outubro de 2017) a 11,6 g/dL (maio de 2017), hematócrito de 28% a 33%, uma hipercalemia de 15,5 mg/dL a 10,0 mg/dl (maio de 2017), e demais exames laboratoriais dentro dos parâmetros de normalidade, assim, marcadores tumorais CA 125, CA19.9, CEA, AFP e HCG negativos. Foi submetida a uma laparotomia exploradora com anexectomia direita em janeiro de 2016 e a realização de exame que revelou tratar-se de uma neoplasia maligna pouco diferenciada. Prosseguiu-se então com uma cirurgia de estadiamento conservadora de fertilidade, realizando-se linfadenectomia pélvica, biópsias peritoneais múltiplas e do ovário contralateral e citologia das cúpulas diafragmáticas. Os achados histológicos e imunohistoquímicos revelaram um carcinoma de pequenas células hipercalemico (CPCH) do ovário direito. O tumor encontrava-se com linfonodos positivos peritoneais e inguinais (foi realizada tomografia), correspondendo a um estágio IIIC. Após a avaliação multidisciplinar, foi decidido tratamento adjuvante com cisplatina e etoposido D1 a D5, devido aos fatores de mau prognóstico, idade, hipercalemia pré-cirurgia, tamanho do tumor e estadiamento. Onze meses após, a adolescente encontrava-se em cadeira de rodas, devido à perda do turgor muscular, transferida para a cama com o auxílio da mãe, icterica, abdome distendido, foi diagnosticada metástase hepática. Iniciou esquema de antineoplásicos com propósito paliativo (Paclitaxel e Irinotecan D1 a D8), fez quatro ciclos, tendo interrompido o tratamento por duas vezes por necessidade transfusional e infecção pulmonar. Finalizou em abril de 2017; ficou internada por 15 dias, por três vezes, de dezembro a fevereiro de 2017. Foi realizada a primeira VD em março/2016; as demais VD em maio/2016, julho/2016, novembro/2016, abril/2017 e maio/2017. Ressalta-se que, na terceira VD, encontrava-se chorosa e triste, referiu falta de energia o tempo todo e disse estar desgostosa com a vida por não ter frequentado a escola em 2016 e em saber que não irá frequentar em 2017. Na última VD, em maio/2017, encontrava-se

com a doença em estadiamento IV, utiliza o Sistema Único de Saúde para as internações hospitalares. Residia com a mãe, pai, irmão e tio em casa cedida de alvenaria (pelo empregador do tio e de seu pai), com saneamento básico e quatro cômodos. Nos exames durante a VD, constatou-se que a adolescente estava consciente, orientada, halo e heteropsiquicamente, e comunicava-se pouco. Emagrecida, peso corporal 25% abaixo do ideal, apresentou aumento de três quilos entre a primeira e a última VD. Pele e mucosas estavam ressecadas e descoradas. Houve a diminuição do ressecamento da pele, em todo o corpo, a partir da terceira VD. Dorme por cerca de oito horas, acordando várias vezes à noite por desconforto corporal. Inicialmente, apresentou ingestão hídrica diminuída, apetite diminuído, com pouca aceitação alimentar, abdômen globoso, doloroso à palpação com massas palpáveis, relatou dor e pressão abdominal de moderada a intensa (de cinco a dez pela escala analógica da dor) constante há nove meses. Faz uso de opioides fortes de horário e para resgate. Higiene corporal e oral preservadas, com a frequência de um banho/dia antes de dormir. Dispneica aos médios esforços, referiu cansaço e fadiga ao deambular com a ajuda de um de seus familiares, com expansão torácica normal, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios e frequência respiratória de 14 ipm a 18 ipm. Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopro, pulso de 64 bpm a 72 bpm, perfusão periférica preservada, pressão arterial dentro dos parâmetros normais (120 x 70 mmHg a 130 x 70 mmHg). Eliminação vesical espontânea, com característica e frequência normais, eliminação intestinal diária, sons intestinais ativos. Quanto à recreação e lazer, refere ver televisão e não ter amigas:

Sabe, me sinto sozinha tem horas [...], também sinto falta de conversar com minhas amigas, aqui não tenho amigas, vim para o tratamento [...]. **(Adolescente com CPCH do ovário).**

Quanto à finitude relatou:

Eu vejo minha mãe sofrendo (tristeza), para minha mãe é muito mais difícil, ela chora à noite, acha que eu estou dormindo [...] não posso falar com minha família que estou cansada e quero partir, que acredito em Deus e tenho fé, mas sei que meu dia está próximo. **(Adolescente com CPCH do ovário).**

◆● O Processo de Enfermagem e o Modelo de Adaptação de Callista Roy

O PE pode ser observado conforme o MACR. Os componentes do PE foram a avaliação do comportamento e de estímulos, os diagnósticos de Enfermagem, o estabelecimento das metas, intervenções e avaliação. O centro dos cuidados de Enfermagem foram os adolescentes com neoplasia maligna em cuidados paliativos e seus familiares, levando em conta suas crenças, valores e esperanças.

Os aspectos que afetaram os adolescentes, chamados de estímulos, causaram uma resposta ineficaz ou adaptativa e representou a interação do sistema adaptativo com o meio ambiente. As células neoplásicas malignas e as metástases foram os estímulos focais que confrontaram os jovens nos quatro modos adaptativos, a saber: alterações físicas, tais como perda de peso, dor abdominal, anemia, dispneia aos esforços, uso de opioides fortes de horário e para resgate que afetaram o modo fisiológico. Concomitantemente, essas transformações trouxeram consigo sentimentos de desesperança, medo e

insegurança, o que afeta o autoconceito. A solidão manifestada por ambos os adolescentes atinge a interdependência e a função de papel é prejudicada na família. Como um exemplo, o déficit na comunicação e nas questões sociais, evidenciado na adolescente que relatou sentir falta das amigas que estão longe, relacionado à ausência de pessoas significativas.

Estímulos contextuais são os sinais e sintomas que podem ser avaliados, observados e relatados pela pessoa, tais como, no caso dos adolescentes, a idade, a redução da oxigenação para os tecidos, as linfadenopatias. Eles exercem influência sobre o efeito do estímulo focal. Estímulos residuais, que incluem atitudes e experiências prévias, não foram detectados nos relatos dos jovens.

Na figura 1 encontra-se o Processo de Enfermagem com os modos de adaptação fisiológicos, diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para os adolescentes com neoplasia maligna em cuidados paliativos, baseados no MACR de Callista Roy, utilizando NANDA, NOC e NIC.

Modos de adaptação de Roy	Diagnósticos de Enfermagem (código NANDA)	Resultados de Enfermagem (código NOC)	Intervenções de Enfermagem (código NIC)
Modo fisiológico: nutrição.	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002), caracterizada pela falta de interesse na comida, mucosas pálidas, dor abdominal e peso corporal 25% abaixo do ideal; relacionada a fatores biológicos.	Estado nutricional (1004). Apetite (1014). Peso: massa corporal (1006).	Monitorização nutricional (1160). Planejamento da dieta (1020). Controle de peso (1260).
Modo fisiológico proteção.	Proteção ineficaz (00043) caracterizada por dispneia, fadiga, fraqueza e insônia relacionada ao câncer e à nutrição inadequada.	Conservação de energia (0002) Sono (0004).	Controle de energia (0180). Melhora do sono (1850).
Modo fisiológico: proteção.	Risco de quedas (00155) relacionado à anemia e ao uso de opioide forte.	Comportamento de prevenção de quedas (1910).	Prevenção contra quedas (6490).
Modo fisiológico complexo: sentidos.	Síndrome da dor crônica (00255) caracterizada por relato de dor, fadiga, padrão de sono prejudicado, intolerância à atividade relacionada ao câncer avançado.	Nível da dor (2102). Controle da dor (1843). Nível de desconforto (2109).	Controle da dor (1400). Musicoterapia (4400). Administração de analgésicos (2300).

Figura 1. Processo de Enfermagem com modo fisiológico de Roy para os adolescentes com neoplasia maligna em cuidados paliativos. Minas Gerais, Brasil, 2017.

Na figura 2, situa-se o Processo de Enfermagem com os modos interdependência, social e autoconceito, diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para os

adolescentes com neoplasia maligna em cuidados paliativos, baseados no MACR de Callista Roy, utilizando NANDA, NOC e NIC.

Modos de adaptação de Roy	Diagnósticos de Enfermagem (código NANDA)	Resultados de Enfermagem (código NOC)	Intervenções de Enfermagem (código NIC)
Modo interdependência.	Disposição para a resiliência melhorada (00212) caracterizada por expressão de desejo de melhorar o uso de estratégias de enfrentamento e melhorar as habilidades de comunicação.	Resiliência pessoal (1309). Enfrentamento (1302). Resiliência familiar (2608)	Promoção da resiliência (8340). Melhora do enfrentamento (5230). Apoio familiar (5250).
Modo social.	Interação social prejudicada*(00052), caracterizada pelo relato de sentir falta das amigas que estão longe, relacionada à ausência de pessoas significativas.	Qualidade de vida (2000). Comunicação (0902).	Arteterapia (5100). Escutar ativamente (4920).
Modo autoconceito: Self físico.	Ansiedade relacionada à morte (00147) caracterizada por impotência e preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa relacionada a discussões sobre morte e percepção de iminência de morte.	Nível de ansiedade (1211). Bem-estar pessoal (2002). Resolução do pesar (1302). Término de vida com dignidade (1307)	Redução da ansiedade (5820). Assistência ao morrer (5260). Visitas para escuta (5220). Presença (5340).

Figura 2. Processo de Enfermagem com os modos interdependência, social e autoconceito à luz de Roy para os adolescentes com câncer em cuidados paliativos. Minas Gerais, Brasil, 2017.

*Somente para a adolescência com carcinoma de ovário.

DISCUSSÃO

As doenças crônicas, dentre elas as neoplasias malignas, apresentam uma forte influência na capacidade funcional de adolescentes. Assim, o cuidado precisa estar direcionado para a implementação de intervenções voltadas para a manutenção dessa capacidade funcional, pois tem implicações para a qualidade de vida desses jovens.^{2,4}

A jovem do sexo feminino tinha o diagnóstico de carcinoma das pequenas células do ovário, forma hipercalcêmica. Trata-se de um câncer raro, altamente maligno, com um prognóstico reservado no qual mulheres jovens com essa neoplasia maligna parecem ter um curso clínico mais agressivo. Todos os casos recentemente relatados na literatura desse câncer em adolescentes demonstraram um curso clínico semelhante, com falecimento dentro de dois anos após o diagnóstico.¹⁶⁻⁷

O adolescente do sexo masculino tinha o diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Trata-se

de uma neoplasia maligna potencialmente curável e, nos últimos anos, notáveis avanços no diagnóstico, estadiamento e tratamento vêm sendo observados. Entretanto, sabe-se que até 10% dos pacientes irão falhar em atingir resposta completa,¹⁸ como o caso do adolescente deste estudo. Sabe-se que o transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH - infusão intravenosa de células-tronco hematopoiéticas com o objetivo de restabelecer a função medular) é a terapia padrão-ouro para aqueles que não atingiram resposta após tratamento,¹⁹ entretanto, o jovem não conseguiu vaga em uma unidade de transplante pelo SUS no Brasil.

De acordo com o *Center for International Blood and Marrow Transplant Research*, foram realizados, nos Estados Unidos da América, cerca de 13 mil TCTH autólogos no ano de 2016.²⁰ No Brasil, dados do Registro Brasileiro de Transplantes, em 2016, mostraram que foram realizados 2.187 TCTH de todas as modalidades, ou seja, singênico (doador é um irmão gêmeo univitelino), alogênico aparentado (doador é irmão ou familiar),

alogênico não aparentado (doador não é da família) e autólogo ou autogênico (células-tronco são originárias do próprio paciente).²¹

Os adolescentes que são compelidos a enfrentar a experiência de uma doença crônica, que coincide com as alterações peculiares da sua fase de desenvolvimento, levando a uma mudança de uma condição saudável para a condição de doença e, nos jovens deste estudo, a vivência do processo de morrer e de morte, que traz consigo desde a incerteza, o medo do desconhecido até a resiliência, altera os seus projetos e sonhos.^{5,21} Os cuidados paliativos são responsáveis por oferecer serviços que são apropriados para esses jovens e, assim, propiciam melhora da qualidade de vida dos mesmos e de suas famílias. Contudo, a *World Health Organization* (WHO) e a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (*World wide Palliative Care Alliance*), no ano de 2014, publicaram um Atlas global para avaliar a provisão de cuidados paliativos, que relatou que apenas 14% dos necessitados estão recebendo cuidados paliativos em todo o mundo.²²

Assim, a fim de implementar o PE para esses adolescentes em cuidados paliativos, realizaram-se a análise e o agrupamento dos sinais e sintomas presentes durante a avaliação e os julgamentos clínicos realizados sobre as respostas humanas, baseados no referencial de Roy, o que permitiu aos pesquisadores usarem terminologias bem definidas, como NANDA,¹² NOC¹³ e NIC¹⁴, para sistematizar o cuidado de Enfermagem.

Após agrupar os dados clínicos, as respostas humanas, levantar os diagnósticos de Enfermagem e estabelecer os resultados, em conjunto com os adolescentes, que se pretendeu atingir, o plano de cuidados foi elaborado e implementado ao longo das visitas domiciliares e os pesquisadores avaliaram se as metas estavam sendo alcançadas ou se precisavam ser modificadas pelo ajustamento dos diagnósticos, resultados e/ou intervenções, conforme apropriado. As intervenções de Enfermagem envolveram a manipulação dos estímulos com o propósito de propiciar respostas adaptativas dentro dos cuidados paliativos domiciliares.

Os modos de adaptação de Callista Roy comprometidos foram: fisiológico (nutrição e proteção), fisiológico complexo (sentidos), autoconceito (*Self* físico), interdependência e social.

◆◆ Modo fisiológico

O modo fisiológico descreve-se em cinco necessidades fisiológicas básicas (oxigenação,

nutrição, eliminação, proteção, atividade e repouso), além de quatro necessidades fisiológicas complexas (sentidos, função neurológica, fluidos e eletrólitos e endócrina).

Os diagnósticos de Enfermagem, considerados pelos autores, no cuidado aos adolescentes, no modo fisiológico, foram: nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais (nutrição), proteção ineficaz, risco de quedas e síndrome da dor crônica (sentidos).

O diagnóstico de nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, é definido como: ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.¹² Neste estudo, esse diagnóstico foi evidenciado pela falta de interesse na comida, mucosas pálidas, dor abdominal e peso corporal 25% abaixo do ideal relacionados a fatores biológicos (neoplasia maligna em estágio avançado). Os resultados da NOC,¹³ estabelecido com os adolescentes e suas famílias, foram: apetite, estado nutricional, estado da deglutição e peso-massa corporal. O escore inicial quanto ao apetite era de dois (muito comprometido) e o escore pretendido foi de quatro (levemente comprometido). Quanto aos demais resultados, o escore de largada era de dois (desvio substancial) e, como escore-alvo, três (desvio moderado).

As intervenções estabelecidas com os adolescentes e suas famílias, para alcançar os resultados estabelecidos, foram o controle do peso, o planejamento da dieta e a monitorização nutricional, mediante as atividades: adaptar a dieta ao estilo de vida dos adolescentes; orientar a ingestão de alimentos conforme preferências; estimular a criatividade no preparo de pratos coloridos, a fim de ficarem mais "apetitosos"; manter o ambiente de refeição fresco e arejado.²³ Ressalta-se que, inicialmente, foi determinada a capacidade de cada família para satisfazer as necessidades e assegurar alimentos coloridos e da preferência de cada jovem.

O diagnóstico de proteção ineficaz tem como definição: estado em que a pessoa apresenta uma diminuição na capacidade de defender-se das ameaças externas e internas, como doença ou lesão.¹² Foi caracterizado por dispneia, fadiga, fraqueza e insônia relacionadas à neoplasia maligna e à nutrição inadequada. O resultado de Enfermagem, conservação de energia e sono, foi classificado em quatro (muito comprometido) e a meta ficou estabelecida em dois (levemente comprometido). As atividades realizadas para

alcançar as intervenções, controle de energia e melhora do sono, foram discutidas com a família, sendo estabelecido: auxiliar nas situações estressantes antes do horário de dormir; discutir com o paciente/família as medidas de conforto; monitorar o sono e as mudanças no estilo de vida; ensinar, ao paciente, técnicas de relaxamento; encorajar uma rotina durante a noite, facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono; observar as circunstâncias físicas - dispneia, via aérea obstruída, dor/desconforto; proporcionar um ambiente calmo e seguro.

O rótulo diagnóstico risco de quedas, o qual é concebido como vulnerabilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico,¹² está relacionado à anemia e ao uso de opioides fortes. A meta estabelecida foi de comportamento de prevenção de quedas, cujo escore inicial era dois (pouco adequado) e o escore-alvo estabelecido ficou em cinco (totalmente adequado). Como intervenção, foi estabelecida a prevenção contra quedas, e como atividades acordadas com o adolescente e sua família: instalar um abajur ao lado da cama; retirar os tapetes dos locais de circulação; instalação de fitas antiderrapantes nos tapetes; usar calçados adequados; manter um banco dentro do box, caso decida por banhar-se sentado.

O diagnóstico síndrome da dor crônica tem como definição: dor recorrente há mais de três meses e que afeta, de modo expressivo, as atividades da vida diária e o bem-estar.¹² Foi caracterizado por relato de dor, fadiga, padrão de sono prejudicado, intolerância à atividade relacionada ao câncer avançado. O resultado de Enfermagem, nível de dor, foi classificado em intenso e as metas ficaram estabelecidas, em uma escala analógica da dor de dez pontos, entre três e quatro nos movimentos e zero a dois em repouso. As intervenções realizadas para alcançar o alívio da dor foram discutidas com a família, sendo estabelecidos: o controle da dor, a administração de analgésicos e o nível de desconforto.

Ressalta-se que as atividades elencadas para o diagnóstico síndrome da dor crônica incluíram a instrução de posições e movimentos do corpo para evitar aumento da dor, compreendendo, ao dormir, a orientação para os adolescentes sobre os princípios de controle da dor, como a administração de analgésicos antes do banho, amenizar a sensação de dor, estimulando a distração por meio de músicas da preferência dos jovens. De tal modo, obteve-se bem-estar,

evidenciado pela ausência de dor após a analgesia e a audição musical e o relato de melhora no padrão do sono.

Estudos reconhecem clinicamente os efeitos da música sobre as respostas biológicas, entre elas: pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, sistema imunológico, débito cardíaco, tônus muscular e produção de endorfina.²⁴⁻¹⁵ A música pode ter efeito analgésico, diminuir efeitos de ansiedade, dor, tensão e estresse, possibilitando menor uso de anestésicos.²⁴

◆● Modo Autoconceito

O modo autoconceito é circunspeto de crenças e sentimentos sobre si mesmo em um determinado momento. Tem, como componentes, o *self* físico e o *self* pessoal. O *self* físico inclui: a sensação corporal (comportamento não assertivo, tristeza, sensação de morte) e a imagem corporal. O *self* pessoal é uma avaliação individual de suas próprias características, expectativas, valores e méritos.⁸

Foi levantado o rótulo diagnóstico ansiedade relacionada à morte que é conceituada como o estado em que a pessoa apresenta preocupação ou medo relacionado ao processo morte e morrer.¹² Caracterizada por impotência e preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa relacionada a discussões sobre morte e percepção de iminência de morte. Os resultados elencados foram: bem-estar pessoal, cujos escores de partida foram determinados como um (nem um pouco satisfeito) e os escores-alvo ficaram em três (moderadamente satisfeito). Os escores iniciais para os resultados resolução do pesar e término de vida com dignidade foram dois (pouca evidência) e o escore almejado cinco (evidência extensiva), e para a meta estabelecida e alcançada nível de ansiedade foi de moderado (3) para leve (4)¹³. Para o alcance das metas, os pesquisadores estabeleceram as intervenções: redução da ansiedade, visitas para a escuta, assistência ao morrer e presença.¹⁴

As atividades desenvolvidas dirigiram-se a permitir que a pessoa e familiares compartilhem suas percepções sobre a situação; encorajem o indivíduo e familiares a partilharem seus conflitos e preocupações; explorem a relação da pessoa/família entre a espiritualidade; explorem a interpretação do indivíduo/família sobre o sofrimento; encorajem o relato de histórias da vida e reminiscências; atraiam as atividades reflexivas como as orações em família e a meditação; incentivem amigos e familiares a

serem emocional e espiritualmente honestos; expliquem as providências antecipadas e auxiliem no processo de morte, se desejável; permitam que verbalizem sentimentos a respeito do significado da morte; reconheçam a sua luta.^{3-4,14}

◆● Modo interdependência

O modo de interdependência enfoca interações relacionadas a dar e receber afeto, respeito e valor.⁸ Foi diagnosticada a disposição para a resiliência melhorada, que tem como definição: padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que é suficiente para otimizar o potencial humano e pode ser reforçado.¹² Neste estudo, a expressão de desejo de melhorar o uso de estratégias de enfrentamento e melhorar as habilidades de comunicação. Os resultados selecionados foram: resiliência pessoal e familiar e enfrentamento, cujos escores de partida foram determinados como três (algumas vezes demonstrado) e os escores-alvo ficaram em cinco (consistentemente demonstrada).¹³

Para o alcance, os pesquisadores estabeleceram as intervenções promoção da resiliência, melhora do enfrentamento e apoio familiar, e como atividades estabelecidas: manter orações e preces; sentar um pouco em frente à residência; levar o(a) jovem para tomar um pouco do sol da manhã ou no final da tarde; estabelecer comunicação assertiva e com base na sinceridade; ajudar a família a enfrentar a doença e a finitude de seu familiar; fornecer suporte para ajudar a família a enfrentar o momento da morte; evitar lutos patológicos; orientar as famílias em relação ao cuidado com o adolescente; adaptar a rotina de todos à situação adquirida; promover a partilha de sentimentos; ajudar o jovem a encontrar o alívio do sofrimento.^{15,26} Salienta-se que os adolescentes e suas respectivas mães receberam uma linha telefônica de emergência onde podiam ligar para duas enfermeiras/pesquisadoras a qualquer momento aflitivo.

Estudos apontam que a morte, quase sempre, é repelida pelos pais. Entretanto, esse momento é um dos mais críticos.^{7,21} Neste estudo, verificou-se que a possibilidade da finitude e o desenvolvimento de uma consciência de morte passaram a existir de forma real nos pensamentos da família, conseqüentemente, a necessidade de suporte e apoio foi uma constante.

◆● Modo social

O modo social é o conjunto de expectativas sobre como um indivíduo ocupa um papel na

sociedade.⁸⁻⁹ Elencou-se o diagnóstico de interação social prejudicada (somente para a adolescência carcinoma de ovário), que é a quantidade insuficiente ou excessiva, ou ineficaz, de troca social caracterizada por incapacidade de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social relacionada à ausência de pessoas significativas.¹² Foi caracterizada pelo relato de sentir falta das amigas que estão longe relacionada à ausência de pessoas significativas.

As metas estabelecidas foram: qualidade de vida e comunicação com escore inicial de um (gravemente comprometida) e escore-alvo de três (moderadamente comprometida).¹³ As intervenções para alcançar os resultados foram arteterapia e escutar ativamente,¹⁴ bem como as atividades elencadas foram: realizar exercícios de arteterapia para lidar com emoções; evidenciar percepção e sensibilidade às emoções; estar atento à postura física que transmite mensagens não verbais; escutar mensagens e sentimentos não expressos; determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre atitudes, as experiências passadas e a experiência atual; estar atento ao tom, ao tempo, ao volume, à altura e à inflexão da voz; identificar temas predominantes; dar respostas em tempo certo, de modo a refletir a compreensão da mensagem recebida; evitar barreiras ao ouvir atentamente (oferecer soluções fáceis, minimizar sentimentos, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente).^{21,26}

Na maioria das vezes, a enfermidade, mesmo sendo fato, somente adquire a condição de fato pela maneira que é apreendida pela consciência. É na consciência que determinados diagnósticos e avassaladores prognósticos ganham significado de irreversibilidade, de transformação.²¹ O adolescente tem dificuldades de compreender a dimensão pela qual está passando,^{3,27} pode não aceitar o adoecer, as manifestações da doença e recusa em realizar o acompanhamento paliativo em uma instituição, como aconteceu com o adolescente com LH deste estudo.

Atingir o completo bem-estar a que todo ser humano almeja é certamente impossível, pois ele vivencia diferentes demandas durante o desenvolvimento que o levam também à situação de estresse, mas com os cuidados paliativos no domicílio pode-se amenizar o sofrimento e favorecer a resiliência.²⁷

◆● Avaliação

Nesta fase, as metas de comportamento foram comparadas com as respostas de saída

da pessoa e verificou-se o movimento em direção à obtenção das metas. A readaptação às metas e às intervenções realizadas com base nos dados de avaliação.

Ao se realizar um julgamento das respostas dos adolescentes, após a implementação das intervenções de Enfermagem, conforme observado, no decorrer das VD, e na proporção que as intervenções foram implementadas e avaliadas, os adolescentes apresentaram melhora diante dos estímulos, o que possibilitou alcançar as metas de uma melhora do apetite, conservação de energia, ausência da dor em repouso. Passaram a rezar em família e conversar abertamente sobre a finitude, aumentando a resiliência dos adolescentes e familiares. Desse modo, houve a manifestação de comportamentos que demonstraram a adaptação possível para cada pessoa. Pode-se concluir que as metas estabelecidas foram alcançadas, demonstrando a importância dos cuidados paliativos no contexto do domicílio.

CONCLUSÃO

A assistência de Enfermagem, à luz da teoria de Roy, facilitou o diálogo com os adolescentes e sua família na obtenção das metas e modificações de comportamentos, por meio da implementação das intervenções. De forma gradual, os jovens e familiares evoluíram de maneira satisfatória.

Pode-se, ainda, verificar que o cuidado implementado com o PE permitiu aos pesquisadores agirem de forma direcionada aos problemas adaptativos dos adolescentes em cuidados paliativos, por meio do julgamento clínico na busca de melhor promover a tranquilidade e a resiliência tão necessárias nesse processo.

Apesar de estar de acordo com os critérios estipulados no método, uma das limitações do estudo foi ser realizado com dois adolescentes com neoplasia maligna em cuidados paliativos, não permitindo a generalização. Contudo, essa limitação não invalida o estudo e responde, de forma satisfatória, à proposição da pesquisa. Os resultados estimulam a continuidade desse tipo de estudo com casos não descritos na literatura, pois, dessa forma, propiciará um cuidado contínuo, reduzindo o sofrimento nessa população vulnerável como os adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PP de, Santos KL, Silva FL, Dias ACQ, Silveira EAA da, Guimarães EAA. Evaluation and intervention in the family of adolescents with sickle cell disease. J Nurs

UFPE on line [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Apr 30];11(4):1552-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10732>

2. Kristanti MS, Setiyarini S, Effendy C. Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: a pilot study of basic skills training. BMC Palliative Care [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Apr 16];16(1):4. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240385/>

3. Day E, Jones L, Langner R, Bluebond-Langner M. Current understanding of decision-making in adolescents with cancer: A narrative systematic review. Palliat Med [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Apr 25];30(10):920-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5117127/>

4. Zebrack BJ, Corbett V, Embry L, Aguilar C, Meeske KA, Hayes-Lattin B, et al. Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. Psychooncology [Internet]. 2014 Mar [cited 2017 Apr 28];23(11):1267-75. Available from: <http://hdl.handle.net/2027.42/109318>

5. Clark JK, Fasciano K. Young adult palliative care: challenges and opportunities. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2015 Feb [cited 2017 Apr 28];32(1):101-11. Available from:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049909113510394>

6. Sansom-Daly UM, Wakefield CE, Bryant RA, Butow P, Sawyer S, Patterson P, et al. Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: a multicenter randomised controlled trial of Recapture Life-AYA. BMC Cancer [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Apr 29];12:339. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503656/>

7. Misko MD, Santos MR, Ichikawa CRF, Lima RAG, Bousso RS. The family's experience of the child and/or teenager in palliative care: fluctuating between hope and hopelessness in a world changed by losses. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 June [cited 2017 Apr 30];23(3):560-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00560.pdf

8. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 3rd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2009.

9. Pereira CFD, Tourinho FSV, Miranda FAN, Medeiros SM. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 15];8(3):757-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5473>
10. Heardman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos Resultados e Enfermagem (NOC). 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
12. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
13. Bastos R, Fernandes M, Soares M, Costa M, Sousa F, Almeida F. Physiological adaptation of elderly in hemodialysis treatment: an analysis in the light of the Roy Model. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Jan 12];8(4):834-41. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4743>
14. Campiño-Valderrama SM, Duque PA. Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas com câncer. Rev Univ Salud [Internet]. 2016 May/Aug [cited 2017 Jan 11];18(2):302-11. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a11.pdf>
15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5th ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
16. Kascak P, Zamecnik M, Bystricky B. Small cell carcinoma of the ovary (hypercalcemic type): malignant rhabdoid tumor. Case Reports in Oncology [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 12];9(2):305-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939673/>
17. Witkowski L, Goudie C, Foulkes WD, McCluggage WG. Small-cell carcinoma of the ovary of hypercalcemic type (malignant rhabdoid tumor of the ovary): A Review with Recent Developments on Pathogenesis. Surg Pathol Clin [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 12];9(2):215-26. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F978-94-007-9957-6>
18. Passweg JR, Baldomero H, Bader P, Bonini C, Cesaro S, Dreger P, et al. Hematopoietic stem cell transplantation in Europe 2014: more than 40 000 transplants annually. Bone Marrow Transplant [Internet]. 2016 June [cited 2017 Apr 11];51(6):786-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939673/>
19. Araujo DD, Rodrigues AB, Oliveira PP de, Silva LS, Vecchia BP, Silveira EAA. Nursing diagnoses and interventions for patients with graft-versus-host disease submitted to hematopoietic stem cell transplantation. Cogitare Enferm [Internet]. 2015 Abr/June [cited 2017 Apr 09];20(2):305-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/710543>
20. D'Souza A, Zhu X. Current uses and outcomes of hematopoietic cell transplantation (HCT): CIBMTR Summary Slides [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 15]. Available from: <http://www.cibmtr.org>
21. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (BR). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2019). Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. São Paulo; ABTO; 2016 [cited 2017 May 10]. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>
22. Yeager A, LaVigne AW, Rajvanshi A, Mahato B, Mohan R, Sharma R, et al. Can Support: a model for home-based palliative care delivery in India. Ann Palliat Med [Internet]. 2016 July [cited 2017 May 11];5(3):166-71. Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/11024/11568>
23. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Geneva: WHO, 2014 [cited 2017 May 10]. Available from: <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>
24. Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF, Oliveira PP, Rodrigues AB. Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias e metástases fundamentado na Teoria de Callista Roy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 June [cited 2017 May 10];9(6):8285-94. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7648/pdf_8025
24. Firmeza MA, Rodrigues AB, Melo GAA, Aguiar MIF, Cunha GH, Oliveira PP, et al. Control of anxiety through music in a head and neck outpatient clinic: a randomized clinical trial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 May 12];51:e03201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03201.pdf>
25. Pichler A, Pichler M. Music therapy in cancer patients: fact or fiction?. Future Oncol [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 15];10(1):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939673/>

25];10(15):2409-411. Available from:
<http://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/fon.14.181>

26. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 30];18(9): 2577-88. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>

27. Donovan KA, Knight D, Quinn GP. Palliative care in adolescents and young adults with cancer. Cancer Control [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Apr 27];22(4):475-9. Available from:
<https://moffitt.org/media/4652/475.pdf>

Submissão: 26/05/2017

Aceito: 16/11/2017

Publicado: 15/12/2017

Correspondência

Patrícia Peres de Oliveira
Universidade Federal de São João del-Rei -
UFSJ
Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400
Bairro Chanadour
CEP: 35501-296 – Divinópolis (MG), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 12):5163-76, dez., 2017