

Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e246441 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.246441 https://periodicos.ufpe.br/revist as/revistaenfermagem

ARTIGO RELATO DE CASO CLÍNICO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E PALIATIVO DE UM JOVEM COM RABDOMIOSSARCOMA NURSING AND PALLIATIVE CARE OF A YOUNG MAN WITH RHABDOMYOSARCOMA CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y PALIATIVO DE UN JOVEN CON RABDOMIOSARCOMA

Bruna Lélis de Araújo¹o, Eliana Cavalari Teraoka²o, Tamara Otsuru Augustinho Teixeira³o, Graciana Maria de Moraes Coutinho⁴o, Michelle Samora de Almeida⁵o, Edvane Birelo Lopes de Domenico⁵o

RESUMO

Objetivos: relatar o caso de um paciente jovem diagnosticado com rabdomiossarcoma alveolar avançado; descrever o planejamento da assistência de Enfermagem prestada ao paciente e sua família. *Método*: trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo estudo de caso clínico de um paciente internado em um hospital geral de grande porte. Utilizaram-se, para o planejamento do cuidado, as etapas do processo de Enfermagem, técnicas e modelos conceituais: comunicação de más notícias; construção de habilidades para o autogerenciamento e os princípios do cuidado humanizado (acolhimento e clínica ampliada). *Resultados*: relata-se no caso que o paciente evoluiu para óbito, e ele e sua família foram os focos das intervenções a partir da detecção de doze diagnósticos de Enfermagem: proteção ineficaz; risco de quedas; risco de confusão aguda; integridade da membrana mucosa oral prejudicada; dor crônica; ansiedade relacionada à morte; disposição para religiosidade melhorada; sofrimento espiritual; enfrentamento defensivo; sobrecarga de estresse; risco de sentimento de impotência e tensão do papel de cuidador. *Conclusão*: conclui-se que casos complexos exigem o uso adequado e sistemático de teorias e modelos conceituais que subsidiem o cuidado, além do uso de técnica para a comunicação de más notícias.

Descritores: Oncologia; Rabdomiossarcoma; Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados Paliativos; Autogestão; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to report the case of a young patient diagnosed with advanced alveolar rhabdomyosarcoma; describe the planning of nursing care provided to the patient and his family. Method: this is a qualitative, descriptive, clinical case study of a patient admitted to a large general hospital. For the care planning, the stages of the Nursing process, techniques and conceptual models were used: communication of bad news; construction of skills for self-management and the principles of humanized care (welcoming and extended clinic). Results: it is reported that the patient evolved to death, and he and his family were the focus of interventions from the detection of twelve Nursing diagnoses: ineffective protection; risk of falls; risk of acute

confusion; integrity of the damaged oral mucous membrane; chronic pain; anxiety related to death; willingness to religiosity improved; spiritual suffering; defensive confrontation; stress overload; risk of feeling powerless and tension in the role of caregiver. *Conclusion*: it is concluded that complex cases require the appropriate and systematic use of theories and conceptual models that subsidize care, in addition to the use of techniques for the communication of bad news.

Descriptors: Oncology; Rhabdomyosarcoma; Nursing Diagnosis; Palliative Care; Self Management; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: reportar el caso de un paciente joven diagnosticado de rabdomiosarcoma alveolar avanzado; describir la planificación de la atención de Enfermería proporcionada al paciente y su familia. Método: se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, a modo de estudio de caso clínico de un paciente ingresado en un gran hospital general. Para la planificación de los cuidados se utilizaron las etapas del proceso de Enfermería, técnicas y modelos conceptuales: comunicación de malas noticias; construcción de habilidades para la autogestión y los principios de la atención humanizada (recepción y clínica ampliada). Resultados: se reporta en el caso que el paciente falleció y él y su familia fueron el foco de intervenciones basadas en la detección de doce diagnósticos de Enfermería: protección ineficaz; riesgo de caídas; riesgo de confusión aguda; integridad de la membrana mucosa oral deteriorada; dolor crónico; ansiedad relacionada con la muerte; disposición para mejorar la religiosidad; sufrimiento espiritual; afrontamiento defensivo; sobrecarga de estrés; riesgo de sentirse impotente y tensión del rol de cuidador. Conclusión: se concluye que los casos complejos requieren el uso adecuado y sistemático de teorías y modelos conceptuales que apoyen el cuidado, además del uso de técnicas para comunicar malas noticias.

Descriptores: Oncología Médica; Rabdomiosarcoma; Diagnóstico de Enfermería; Cuidados Paliativos; Automanejo; Atención de Enfermería.

Como citar este artigo

Araújo BL, Teraoka EC, Teixeira TOA, Coutinho GMM, Almeida MS, Domenico EBL. Cuidado de enfermagem e paliativo de um jovem com rabdomiossarcoma. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e246441 DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246441

^{1, 2, 3, 4, 5, 6} Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil.

¹ https://orcid.org/0000-0003-0613-6569 ² https://orcid.org/0000-0001-8865-8031

³© https://orcid.org/0000-0002-3588-653X ⁴© https://orcid.org/0000-0003-4022-2612

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o rabdomiossarcoma (RMS) é o sarcoma de tecidos moles mais comum na infância e representa uma neoplasia maligna de alto grau de células esqueléticas do tipo mioblastos.¹ Categoriza-se o RMS em embrionário, alveolar e pleomórfico, sendo o subtipo pleomórfico aquele com maior incidência em adultos.²

Demonstra-se como uma neoplasia de incidência rara dos tecidos moles, que pode surgir em qualquer faixa etária. Acrescenta-se que os subtipos alveolar e embrionário são extremamente raros em adultos, tornando as pesquisas de incidências escassas. Registraram-se, em um centro de referência no tratamento de pacientes com sarcoma na cidade de Londres, Inglaterra, 66 casos em um período de 27 anos, e a taxa de sobrevida global em cinco anos entre todos os pacientes adultos com RMS alveolar e embrionário foi de 27%. Apresentou-se, nos resultados, grande diferença em pacientes pediátricos com os mesmos subtipos, cuja sobrevida global em cinco anos relatada foi de 70 a 80%. 3-4

Diagnosticam-se aproximadamente 600 novos casos de RMS por ano nos Estados Unidos, 41% dos casos acometem adultos e 59%, crianças,⁵ porém, no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) não dispõe de dados sobre este tipo de câncer.

Depender-se-á a intenção curativa do tratamento do controle do tumor primário, que pode surgir em locais anatômicos distintos, bem como do controle da doença disseminada, que é conhecida ou presumida como presente em todos os casos. Incorporam-se, atualmente, pelo estadiamento do RMS, várias características clínicas, patológicas e moleculares fundamentais para a decisão do plano terapêutico. Pode-se o plano incluir quimioterapia citotóxica, cirurgia, radiação ionizante ou a combinação destas modalidades.¹

Faz-se necessário, ante a complexidade e gravidade do diagnóstico, realizar uma avaliação minuciosa do paciente e de sua família desde a fase diagnóstica, buscando caracterizar necessidades biopsicossociais e espirituais de cuidado. Deve-se o plano assistencial centrar-se no paciente e na família, considerando as demandas biológicas relacionadas ao diagnóstico e plano terapêutico, o manejo efetivo de sinais e sintomas, bem como outras necessidades de cuidados psicológicos, sociais e espirituais durante todo o tratamento até o desfecho de sobrevida livre de doença ou final de vida.⁶

Incorporou-se, na atualidade, o conceito de autogerenciamento ao planejamento assistencial de pessoas com doenças crônicas com a intencionalidade de construção de habilidades para a tomada de decisão. Implica-se, pela assistência alicerçada no autogerenciamento, a parceria entre profissionais da saúde e paciente, bem como sua família, para a melhor gestão do cuidado, nas perspectivas terapêutica, emocional e funcional. Pontua-se que educar o paciente e a família para

o autogerenciamento significa proporcionar o desenvolvimento de habilidades para a resolução de problemas, tomada de decisão, ação, utilização adequada de recursos disponíveis e relacionamento efetivo com os profissionais da saúde.⁷⁻⁸

Deve-se pautar o plano assistencial de pacientes e famílias que vivenciam contextos clínicos crônicos e complexos na perspectiva da gravidade em múltiplas ferramentas, como educação baseada em metodologia de resolução de problemas; aplicação dos princípios da prática baseada em evidências científicas (melhor evidência científica, experiência do profissional e desejo do paciente); acolhimento; integralidade do cuidado; técnicas comunicacionais efetivas, entre outros recursos que gerem qualidade assistencial, bem-estar e segurança para o paciente e sua família. 9-10

Observa-se que determinadas situações clínicas são muito desafiadoras para os profissionais da saúde, principalmente quando a evolução da doença culmina no final de vida e, sendo assim, justifica-se relatá-los para tornarem-se apoio para a tomada de decisão sobre casos clínicos similares.

OBJETIVOS

Relatar o caso de um paciente jovem diagnosticado com rabdomiossarcoma alveolar avançado; descrever o planejamento da assistência de Enfermagem prestada ao paciente e sua família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo, tipo relato de caso clínico, ¹¹ por fornecer complemento, ou o refinamento, de determinado conhecimento e para gerar aprendizado para se trabalhar com casos similares. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o Protocolo nº 344/2019.

Realizou-se o estudo em um hospital geral de grande porte do município de São Paulo (SP), Brasil, destinado ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao ensino universitário, vinculado à UNIFESP. Informa-se que, na instituição, há programas de residência médica e multiprofissional em Oncologia, sendo o enfermeiro um dos profissionais do programa de residência multiprofissional. Dá-se o atendimento do paciente com câncer e sua família, preponderantemente, em ambiente ambulatorial e, quando necessário, hospitalar.

Tem-se a assistência oncológica ofertada na instituição hospitalar a colaboração de um programa de extensão universitária cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da UNIFESP intitulado Acolhe-Onco: interdisciplinaridade no cuidado integral ao paciente com câncer; deste, participam residentes, pós-graduandos e graduandos, somando-se à estrutura do complexo hospitalar e aos programas de residência. Mantêm-se, pelo Acolhe-Onco, atividades educativo-assistenciais

presenciais e um Serviço de Aconselhamento Telefônico, mantido ininterruptamente, das sete às 22 horas, para que os pacientes e familiares possam esclarecer dúvidas nos períodos interconsultas.

Utilizaram-se, para o planejamento da assistência de Enfermagem, as etapas do Processo de Enfermagem (PE):¹² coleta de dados; diagnóstico de Enfermagem; plano assistencial; implementação e avaliação da assistência.¹³ Empregaram-se os modelos conceituais comunicação de más notícias,¹⁰ construção de habilidades para o autogerenciamento¹⁴⁻⁵ e os princípios do cuidado humanizado: acolhimento e clínica ampliada.¹⁶⁻⁷

Utilizou-se a classificação da NANDA-I¹⁸ para a determinação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). Empregaram-se, para a determinação de intervenções e resultados, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). ¹⁹⁻²⁰

Deu-se a operacionalização da assistência, fundamentalmente, pelos enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do HSP-UNIFESP, supervisionados por tutora e preceptores, e por enfermeiros das unidades de internação e pronto-socorro da instituição sede do estudo.

RESULTADOS

Relata-se o caso do paciente com idade de 19 anos, do sexo masculino, branco, solteiro, com maior formação o Ensino Médio completo, católico não praticante, natural e procedente de São Paulo (SP), Brasil; residente com a mãe e dois tios, em casa própria de alvenaria, com cinco cômodos, provida de luz elétrica e saneamento básico.

Descreve-se que os primeiros sinais e sintomas ocorreram aos 18 anos de idade, caracterizados por um crescimento progressivo de linfonodos em região cervical à esquerda, febre e cefaleia, com implicações nas atividades de vida diária. Apresentou-se, em maio de 2018, edema periorbitário à esquerda, associado à febre e secreção nasal, persistência da cefaleia, abaulamento cervical e perda de cinco quilogramas em um mês. Acrescenta-se que a primeira consulta no setor de Oncologia ocorreu em 31 de outubro de 2018. Realizaram-se Tomografias (TCs) e ressonância magnética na admissão, que evidenciaram lesão sólida, heterogênea, de limites mal definidos e aspecto infiltrativo, com realce heterogêneo pelo meio de contraste, cujo centro geométrico localizava-se na região do seio etmoidal, com extensão anteriormente ao osso nasal à esquerda e posteriormente preenchendo os seios esfenoidais com obliteração e alargamento dos recessos esfeno-etmoidais e deiscência do canal do nervo óptico a esquerda. Detalha-se que, à direita, determinava abaulamento da lâmina papirácea e, à esquerda, estendia-se para o interior da cavidade óptica, causando deslocamento lateral do globo ocular e proptose deste lado. Determinava-se, superiormente, erosão da lâmina cribiforme, apresentando intracraniana, com ocupação das goteiras olfativas e compressão do parênquima frontobasal

adjacente. Estendia-se, inferiormente, para a cavidade nasal com erosão e importante deslocamento do septo e conchas nasais, ocupando praticamente toda a sua luz; preenchia o seio maxilar esquerdo e apresentava focos de erosão em todas as suas paredes. Encontraram-se linfonodomegalias com centros necróticos, por vezes, formando conglomerados, os maiores nas cadeias lb, lla e llb à esquerda, a maior medindo 7,2 x 3,8 x 3,6cm. Permitiu-se, pelo exame de material aspirado e imuno-histoquímico do linfonodo, diagnosticar metástase de RMS alveolar. Definiu-se, pelos demais exames, incluindo TCs de tórax, abdome e pelve e cintilografia óssea sem evidência de outros sítios de doença, estadiamento T4 (tumor), N1 (linfonodo), M0 (metástase).

Apresentava-se o paciente como antecedentes familiares: pai falecido por hipertermia maligna durante procedimento cirúrgico de tireoidectomia e prima com câncer de ovário não especificado aos 14 anos (lado paterno). Procuraram-se, em sua trajetória percorrida para o diagnóstico, pelo paciente, diversos serviços de atendimento médico nas redes privada e pública, entretanto, com a gravidade dos sinais e sintomas, foi encaminhado para o HSP, local do estudo, por ser um centro de excelência diagnóstica. Aponta-se que o tempo estimado entre os sintomas iniciais e o diagnóstico de RMS alveolar localmente avançado foi de cinco meses (maio a outubro de 2018).

Aplicaram-se, como plano terapêutico farmacológico, no paciente, de novembro a dezembro de 2018, três ciclos de Quimioterapia Antineoplásica (QT), com o protocolo VAC²¹ a cada 21 dias (Vincristina 1,5mg/m² D1 + Dactinomicina 0,045 mg/m² D1+ Ciclofosfamida 1.200mg/m² D1 + Mesna 1200mg/m² D1 a cada três semanas), com uso de Fator de Crescimento de Colônias de Granulócitos (GMCSF), porém, apresentou-se progressão da doença, com aumento do número e dimensão das linfonodomegalias.

Iniciou-se, em fevereiro de 2019, novo protocolo²² com os fármacos Carboplatina 150mg/m² D1-4 e Etoposideo 150mg/m² D1-4, encaminhando o paciente para Radioterapia (RT) em região cervical para controle de sinais e sintomas locais, em especial, dor, tendo recebido cinco sessões. Apresentou-se, a despeito do tratamento, nova progressão de doença, locorregional e, na sequência, ele realizou um ciclo com monofármaco²³ Vinorelbine 30 mg/m² D1 e D8 a cada 21 dias.

Evoluiu-se, em março de 2019, o paciente com perda de *performance - score 4* da escala *Performance status* do *Eastern Cooperative Oncology Group* (PS-ECOG): completamente incapaz de realizar autocuidado básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira²⁴ e quadro álgico importante (escores entre 8-10, com uso de escala numérica de 0-10), requerendo infusão contínua de morfina. Evidenciou-se, nesse momento, por exame de imagem de controle, em 04/03/2019, aumento das lesões intracranianas, com compressão de ventrículo lateral esquerdo, além de progressão de doença óssea. Pontua-se que ele permaneceu em instituição hospitalar por 28 dias até evoluir para óbito, perfazendo sete meses após o diagnóstico de câncer.

Assistiram-se, inicialmente, paciente, mãe e tia materna e, próximo ao final de vida, uma tia paterna. Identificaram-se, durante o período dos últimos 28 dias em tratamento oncológico hospitalar, 12 DE, denotando necessidades psicoespirituais da família e do paciente, acrescidas das alterações fisiológicas geradas pelo avanço da tumoração neoplásica, conformando uma sucessão de acontecimentos durante a evolução da doença.

Explicita-se que, no serviço de oncologia no qual o paciente foi diagnosticado e tratado, as consultas médicas e de Enfermagem ocorrem de forma integrada, ou seja, o paciente, seu acompanhante e os profissionais médicos e de Enfermagem encontram-se no mesmo espaço físico para que as informações e as condutas sejam discutidas e acordadas. Desloca-se, após cada consulta, caso seja necessária educação para o autogerenciamento, o enfermeiro com o paciente para um consultório ou sala de procedimentos de Enfermagem.

Observou-se, na perspectiva deste paciente, desde a primeira consulta, na qual se avaliaram o estadiamento do câncer, as condições clínicas e emocionais do paciente, que as ações de cuidados paliativos deveriam ser instituídas imediatamente. Objetivou-se, de acordo com os princípios dos cuidados paliativos, oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente e apoiar seus familiares por meio de abordagens que possibilitam o enfrentamento da doença ameaçadora da vida, a prevenção e o alívio do sofrimento, a identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.²⁵

Pautou-se a abordagem comunicacional em protocolo de comunicação de más notícias, com a técnica SPIKES¹⁴, acrônimo para: S-Setting up (planejar a entrevista); P-Perception (avaliar a percepção); I-Invitation (convidar para a conversa); K-Knowledge (oferecer conhecimento/informações); E-Emotions (abordar as emoções); S-Strategy (esquematizar estratégia e resumir a conversa). Acredita-se que essa abordagem foi fundamental porque, desde o início, o prognóstico do paciente delineava-se como sombrio, devido ao tipo histológico do tumor maligno, confirmado posteriormente pela evolução rápida da doença na vigência de quimioterapia antineoplásica e radioterapia, ambas sem sucesso terapêutico.

Encontram-se os principais DE, os resultados esperados e as intervenções de Enfermagem empreendidas pela equipe de Enfermagem, inicialmente ao paciente e, posteriormente, à mãe, nas figuras 1 e 2.

Listam-se, na figura 1, os DE, resultados e intervenções de Enfermagem. Identificaram-se dez DE, desde a fase inicial de tratamento até o final de vida do paciente: proteção ineficaz; risco de quedas; risco de confusão aguda; integridade da membrana mucosa oral prejudicada; dor crônica; ansiedade relacionada à morte; disposição para religiosidade melhorada; sofrimento espiritual;

enfrentamento defensivo e sobrecarga de estresse. Observa-se que, na última coluna, as intervenções de Enfermagem empreendidas foram detalhadas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ¹⁸	RESULTADOS ESPERADOS (NOC) ²⁰	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) ¹⁹	OPERACIONALIZAÇÃO
Proteção ineficaz relacionada ao câncer caracterizada por deficiência na imunidade, anorexia, desorientação, dispneia, fadiga, fraqueza e prejuízo neurossensorial.	Gravidade da fadiga generalizada e prolongada.	Controle nutricional;	 Aplicou-se o Pictograma de Fadiga²⁶ e paciente e familiar foram orientados a utilizá-lo em domicílio*.
		Assistência no autocuidado;	 Paciente foi encaminhado à nutricionista pertencente ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.
		Proteção contra infecção;	3. Orientou-se e executou-se procedimento de higiene nas regiões edemaciadas e ocular com soro fisiológico, exclusivamente, até início da RT, depois, aconselhou-se seguir orientação da enfermeira especialista da radioterapia.
		Controle na radioterapia (RT);	4. Explicaram-se os procedimentos de QT e RT a partir dos conhecimentos do paciente e família.
		Controle na quimioterapia (QT) antineoplásica.	5. Esclareceu-se sobre as razões para os riscos de neutropenia, anemia e plaquetopenia.* 6. Estimulou-se
			comunicação efetiva,
Risco de quedas relacionado a ambiente com móveis e objetos em excesso, história de quedas, déficits proprioceptivos, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, neoplasia (fadiga), força diminuída nas extremidades inferiores e mobilidade física prejudicada.	Uso correto de dispositivos auxiliares;	Monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;	como preveni-la por meio de orientações detalhadas sobre por que o paciente se encontrava sob risco: emagrecimento rápido e significativo; perda da acuidade da vista comprometida; efeitos colaterais de medicamentos causadores de tonturas; fadiga pelos medicamentos e do próprio adoecimento pelo câncer.
	Eliminação de aglomerado de objetos, líquido derramado, brilho do assoalho;	Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente;	2. Durante a internação, realizaramse adaptações, colocando objetos pessoais ao alcance do paciente e disposição do quarto de maneira mais segura.
	Uso de procedimento seguro na transferência;	Sugerir adaptações em casa para aumentar a segurança;	3. Paciente foi encaminhado à fisioterapeuta pertencente ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia para orientação adequada a respeito da forma de movimentar-se.

		Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuam para quedas e a forma de reduzir esses riscos.	4. No decorrer do tratamento, orientou-se sobre medidas de prevenção de quedas em ambiente domiciliar, onde a família realizou adaptações para que o paciente não necessitasse utilizar escadas.
Risco de confusão aguda relacionada à dor, agente farmacêutico, alteração na função cognitiva e função metabólica prejudicada.	Capacidade de identificar lugar, tempo e pessoa com exatidão.	Redução da ansiedade;	 Realizou-se, em conjunto com a equipe multidisciplinar e família, o aprazamento de medicações com o objetivo de preservação das funções cognitivas, evitando interações medicamentosas.
		Controle do ambiente;	 Acordaram-se os horários para que os familiares e o próprio paciente pudessem respeitá-los, favorecendo a rotina da família e a adesão medicamentosa.
		Controle das medicações.	3. Utilizou-se uma folha calendário para o registro da tomada dos medicamentos, na qual se escreveram quais efeitos colaterais observar e como proceder preventivamente e na vigência deles.
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada, relacionada à quimioterapia, radioterapia e Imunossupressão, manifestada por mucosite grau 3. ²⁷	Higiene oral;	Restauração da saúde bucal;	 Realizaram-se orientações sobre prevenção e cuidados para a manutenção da integridade da mucosa oral durante o tratamento.²⁸
	Integridade estrutural e função fisiológica normais da pele e da mucosa.	Precauções contra sangramento;	2. Orientou-se e executou-se procedimento de higiene em cavidade oral, até início da RT; depois, aconselhou-se seguir orientação da enfermeira especialista.
		Controle da quimioterapia; Controle da infecção; Controle da dor; Controle nutricional; Controle da radioterapia; Controle de medicamentos; Controle hídrico.	 Encaminhou-se para serviço de odontologia e para a nutricionista pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.
Dor crônica relacionada à incapacidade física crônica, caracterizada por alteração da capacidade de continuar atividades prévias, expressão facial, fadiga, interação reduzida com as pessoas, irritabilidade, mudanças no padrão de sono, relato codificado por escala de dor, relato de dor e respostas mediadas pelo sistema nervoso simpático.	Controle da dor.	Controle da dor;	1. Ensinou-se o uso de escalas de dor: numérica, descritores e cores.* ²⁹
		Administração de Analgésicos; Melhora do enfrentamento da dor; Posicionamento; Toque terapêutico;	 Forneceu-se instrumento para registro da dor e dos medicamentos analgésicos. Confeccionou-se, juntos, calendário de medicamentos e aprazamentos. *

		Monitoramento de sinais vitais.	3. Orientou-se quanto a intervenções não farmacológicas para o alívio da dor.*
Ansiedade relacionada à morte, relacionada à antecipação de sofrimento, caracterizada por sentimento de impotência.	Conforto psicológico e fisiológico quanto à sua situação em final de vida.	Compreender o nível de ansiedade que o paciente apresenta;	1. Utilizou-se o protocolo SPIKES ¹⁰ como estratégia de comunicação de más notícias para que, de maneira dialógica e afetiva, fosse possível aliviar o sofrimento.
		Compreender o entendimento do paciente acerca do processo de finitude;	2. Realizou-se escuta ativa, auxiliou-se na construção de habilidades para o autogerenciamento e, por meio dos conhecimentos dos princípios do cuidado humanizado, realizou-se o acolhimento adequado. 16-7 A condição de gravidade nunca foi negada, porém, privilegiou-se esclarecer a condição clínica apresentada no dia a dia, verbalizando as melhorias, encorajando o para as próximas etapas de forma esperançosa e realística.
		Remover estimulação excessiva;	3. Na perspectiva dos sintomas desagradáveis, as opções de intervenções também foram esclarecidas e combinaram-se metas de melhorias a curto prazo, essencialmente.
		Falar devagar e calmamente, usar sentenças curtas e simples;	 Conversou-se com o paciente, juntamente com a equipe médica, que também procedeu às etapas da comunicação de más notícias.
		Ensinar estratégias para diminuir ansiedade para serem usadas quando as situações estressantes não puderem ser evitadas;	5. Posteriormente, conversou-se isoladamente com o paciente para que ele expressasse suas preocupações e angústias isoladamente da mãe e tia materna, inicialmente, as mais presentes. O Serviço de Aconselhamento Telefônico foi disponibilizado para desabafos e esclarecimento de dúvidas. Esse recurso é mantido pelo Programa de Extensão Acolhe-Onco; residentes enfermeiros, em regime de rodízio, o executam sob a supervisão da tutora do programa de residência. A residência médica participa ativamente, respondendo às dúvidas não contempladas nos protocolos acordados.
		Realizar atividades que diminuam a ansiedade e o medo, como música, aromaterapia, exercícios de relaxamento,	 No período de terapêutica quimioterápica e radioterápica, procurou- se incentivar a

		mentalização de imagens, massagem.	esperança, mas ponderando a gravidade do caso e a necessidade de manterem uma situação vigilante para as emergências oncológicas, como o sangramento e a neutropenia febril.
			7. Realizaram-se cuidados para o controle do ambiente a fim de evitar estimulação excessiva durante período de internação, situação na qual o paciente recebeu opioide em infusão contínua. A prioridade foi o conforto no leito: manutenção de cama limpa e seca e apoio de protuberâncias ósseas em coxins.
Disposição para religiosidade melhorada caracterizada por expressão do desejo de aumentar o uso de material religioso.	Conexão consigo mesmo, com os outros, com um poder mais alto, com a vida, com o Universo que transcende e fortalece o seu.	Apoio espiritual;	1. Por meio da capelania do hospital, ofereceu-se o apoio espiritual. Na vinda do pastor evangélico chamado pela família, identificaram-se e esclareceram-se dúvidas para que ele pudesse conduzir sua intervenção de maneira adequada à condição real do paciente.
		Apoio a tomada de decisão.	2. Realizaram-se comunicação clara e afetiva para o fortalecimento da tomada de decisão em todo o processo de adoecimento, esclarecimento de dúvidas, demonstração de disponibilidade, repetição de informações fornecidas pela equipe médica, esclarecimento de termos médicos, demonstração de compaixão pela situação que estavam vivenciando, tanto o paciente quanto os familiares.
Sofrimento espiritual relacionado ao aumento da dependência de outro, caracterizado por aumento da dependência de outro.	Ações pessoais para manter o controle durante o fim da vida que se aproxima.	Melhora do enfrentamento;	Ofereceu-se apoio emocional por meio da escuta ativa e empoderamento para a tomada de decisão.
		Apoio à tomada de decisão; Escutar ativamente; Assistência no controle da raiva; Apoio emocional; Facilitação no processo de pesar; Facilitação no processo de culpa.	 Orientou-se antecipadamente a respeito dos efeitos adversos decorrentes do diagnóstico e do plano terapêutico proposto para o controle de sinais

Enfrentamento defensivo relacionado à autoexpectativas não realistas, incerteza, resiliência insuficiente, caracterizadas por distorção da realidade, negação de fraquezas, projeção de culpa e projeção de responsabilidade.	Aceitação de mudança significativa no estado de saúde.	Escutar ativamente;	1. Escutaram-se ativamente, durante todo o processo de adoecimento, a percepção que o paciente possuía sobre a morte e o contexto em que se encontrava. ²⁴
		Orientação antecipada;	 Questionou-se o paciente quanto às pessoas da família identificados como provedoras de apoio social para que o paciente percebesse que sua mãe estaria amparada.
		Aconselhamento, apoio emocional; Facilitação no processo de pesar.	3. Realizaram-se orientações e escuta ativa acerca do pesar de ser uma pessoa jovem com um mau prognóstico.
Sobrecarga de estresse relacionada a estressores repetidos (patologia e processo de morte), caracterizada por aumento da impaciência, aumento da raiva, estresse excessivo, sentir-se pressionado e tomada de decisões prejudicada.	Ações pessoais para controle de estressores que acabam com os recursos individuais.	Redução da ansiedade;	1. O maior estresse do paciente consistia na preocupação de como ficaria sua mãe após sua partida; realizaram-se aconselhamentos familiares e demonstrouse que sua mãe teria o suporte necessário, na família e na comunidade religiosa em que estava inserida.
		Assistência no autocontrole da raiva; Melhora do enfrentamento; Apoio espiritual; Aumento da segurança.	

*Folhetos Educativos específicos sobre Sinais, Sintomas e Cuidados, produzidos pelo Acolhe-Onco e que são entregues ao paciente e familiar na ação educativa para o autogerenciamento. Os folhetos contêm: definição; relevância; identificação; conduta; principais dúvidas; como proceder e frases de encorajamento para a tomada de decisão.

Demonstraram-se os DE estabelecidos para a mãe do paciente, em diferentes situações do processo de cuidar, pertinentes para as tias que acompanharam o paciente. Priorizou-se, entretanto, a apresentação das ações executadas com a mãe, majoritariamente, conforme a figura

2.

DIAGNÓSTICOS DE **RESULTADOS ESPERADOS** INTERVENÇÕES DE **OPERACIONALIZAÇÃO** $(NOC)^{20}$ ENFERMAGEM¹⁸ **ENFERMAGEM** (NIC)19 Risco de sentimento de Ações pessoais para Apoio emocional; Oferecimento de um cuidado impotência relacionado à minimizar a melancolia e humanizado, levando em ansiedade, papel do manter os interesses pela consideração as percepções, cuidador, estratégias de vida. sentimentos e necessidades da mãe e enfrentamento ineficazes tia para a realização do processo de e doença progressiva. educação com o intuito de promover segurança no cuidado com o paciente e sensibilização para o autocuidado.

_			
		Melhora do enfrentamento;	2. Conversou-se isoladamente com a mãe e as tias, buscando observar fraquezas e fortalezas nas relações interpessoais, bem como a necessidade de cada uma em relação aos sentimentos de dor e angústia causados pela condição de doença avançada e, posteriormente, de final de vida do paciente. Verificou-se que a mãe teria o apoio da tia, sua irmã, e procurou-se reforçar este laço afetivo.
		Apoio à tomada de decisão.	3. Procurou-se desfazer crenças de culpabilidade materna em relação ao diagnóstico de câncer do filho. Esclarecimento da multicausalidade do câncer e, neste caso específico, o possível componente genético no desenvolvimento da doença, pois a mãe se imputava negligência. Repetiram-se, por várias ocasiões, essas explicações conforme se percebia, no discurso materno, o sentimento de culpa e se permitia que ela expressasse livremente seus pensamentos. 30
Tensão do papel de cuidador relacionada à imprevisibilidade da situação de cuidado e à gravidade da doença do paciente, manifestada por enfrentamento ineficaz e nervosismo aumentado.	Melhora do enfrentamento.	Apoio ao cuidador e melhora do enfrentamento;	Articulou-se a rede de apoio da comunidade e família para auxiliar no enfrentamento do pesar.
	Controle de energia.	Facilitação do processo de pesar;	 Ofereceu-se o serviço de capelania do hospital.
		Apoio espiritual;	3. Em todos os atendimentos no Pronto-Socorro e internações, três nos últimos 60 dias, visitou-se o paciente e manteve-se relação terapêutica com a mãe e as tias para esclarecimento de dúvidas e conforto na situação de risco e morte iminente.
		Redução da ansiedade; Repouso do cuidador.	 Proporcionaram-se momentos de descanso para as cuidadoras nos momentos de internação.

^{*} Folheto Educativo para o Cuidado que contém esclarecimentos sobre o processo de adoecimento pelo câncer, como proceder nas diferentes fases e frases de encorajamento para a tomada de decisão.

Figura 2. Diagnósticos de Enfermagem relacionados à mãe de um jovem com rabdomiossarcoma alveolar. São Paulo (SP), Brasil, 2019.

DISCUSSÃO

Nota-se que o conhecimento sobre tumores de partes moles, tais como sarcomas, dentre eles, o tipo histológico denominado RMS alveolar, possui poucos estudos publicados, por ser relativamente raro em cabeça e pescoço.³¹

Pôde-se, entretanto, comparar a história natural de doença deste caso com outro estudo de revisão retrospectiva norte-americano, realizado com 186 pacientes com idade ≥ 18 anos, que foram diagnosticados com RMS sinonasal entre 2004 e 2013, registrados no *National Cancer Database* (USA), no qual o subtipo alveolar foi o mais comum (66,7%). Registrou-se que a sobrevida

global em cinco anos foi de 28,4%, sem diferença estatística entre os subtipos alveolar e embrionário, e a maior parte destes encontrava-se na faixa etária inferior a 35 anos (31,9% vs 24,4%, P = 0,014). Associou-se a doença metastática, presente em 27,7% dos pacientes, à pior sobrevida global em cinco anos (14,7% vs 33,9%, P <0,0001) e, quanto aos tratamentos instituídos, a maioria dos pacientes foi tratada com quimioterapia com radiação adjuvante (49,5%) e apenas 25% dos pacientes submeteram-se à cirurgia seguida por quimiorradiação (25,8%).³²

Lembra-se que, para o paciente deste estudo de caso, a intervenção cirúrgica também não foi uma possibilidade. Encontram-se, pelos RMS localizados nas regiões da cabeça e do pescoço, barreiras para o tratamento cirúrgico efetivo, devido à sua anatomia complexa, impedindo, assim, ressecções extensas, que possuam margens de segurança. Implicam-se, nas cirurgias nessas regiões, sequelas fisiológicas, funcionais e estéticas, conformando um pior prognóstico. 33

Planejou-se, ante as evidências dos desafios fisiopatológicos e clínicos do tratamento, a assistência a partir dos pressupostos da clínica ampliada, que engloba as particularidades do processo saúde-doença com as características do sujeito, ampliando o objeto de intervenção clínica para doença-sujeito-contexto. Buscou-se, em sua totalidade, que o paciente tivesse autonomia sobre sua condição de saúde-doença, independência e que fosse capaz de desenvolver habilidades para o autogerenciamento. Sabe-se que a constituição de uma equipe multiprofissional de referência é parte integrante da qualidade assistencial almejada, e esta deve estar preparada para acolher, orientar, viabilizar o processo de cura ou garantir a qualidade de vida em todos os passos do percurso. 16,34

Entende-se que as ações desenvolvidas pela equipe de referência, principalmente pelos enfermeiros, vão além do manejo de sinais e sintomas. Torna-se o enfermeiro, pela supervisão do processo de tratamento, a construção do autogerenciamento nos pacientes e familiares, o fornecimento de informações e suporte, 15,34 além da importante tarefa de ser o principal elo entre eles e os outros profissionais da equipe de saúde, um profissional essencial.

Utilizaram-se, nessa direção, durante o cuidado, por integrantes da Residência Multiprofissional em Oncologia e do Acolhe-Onco, o processo de Enfermagem, os modelos assistenciais conceituais de comunicação de más notícias de SPIKES,¹⁰ a construção de habilidades para o autogerenciamento¹¹ e os princípios do cuidado humanizado: acolhimento e clínica ampliada.¹⁶⁻⁷

Identificaram-se, para a realização de um cuidado de qualidade e promoção do autogerenciamento para a tomada de decisões, primeiramente, os principais cuidadores do paciente acometido pela doença: a mãe e a tia materna, sendo que estas eram as que realizavam os principais cuidados e eram o foco da equipe de saúde para o fortalecimento da tomada de decisões e para a adoção de práticas de cuidados que gerassem segurança e bem-estar ao paciente.

Observa-se, na prática, que fortalecer pacientes e cuidadores para possuírem domínio cognitivo, operacional e atitudinal de conteúdos relativos ao processo de adoecimento é fundamental para a adesão terapêutica e para a percepção de melhora de sintomas físicos e psicossociais.¹⁵

Têm-se como vantagens da utilização do protocolo SPIKES¹⁴: saber o que o paciente e seus familiares estão entendendo da situação como um todo (ajuda o profissional de saúde a saber por onde começar); fornecer as informações de acordo com o que o paciente e sua família suportam ouvir; acolher qualquer reação que pode vir a acontecer e, por último, ter um plano, sendo que, por meio deste, foi possível manter uma comunicação de qualidade e efetiva, facilitando o processo de comunicação com paciente e família.¹⁴

Verificou-se, na construção e vivência profissional do plano assistencial do paciente relatado e seus familiares (mãe e tias), que a classificação diagnóstica NANDA,¹⁸ bem como a de resultados (NOC)²⁰ e intervenções (NIC),²⁴ favoreceu o PE¹² na perspectiva de adoção de referenciais teórico-conceituais e metodológicos.

Facilitou-se o encadeamento das ações empreendidas pela técnica de comunicação de más notícias¹⁴ e, desde o início da implementação do plano, percebeu-se que a adoção de habilidades para a tomada de decisão do paciente e de seus familiares se aperfeiçoou ao longo do tempo. Admite-se, certamente, que este relato de caso não pode atestar a eficiência do plano assistencial em níveis de evidência capazes de orientar categoricamente a prática, sendo esta a maior fragilidade deste estudo.

Podem-se, entretanto, a descrição do caso clínico e o detalhamento do plano assistencial favorecer uma reflexão clínica em um profissional da saúde na vigência da vivência de um caso semelhante.

CONCLUSÃO

Observa-se, por meio deste relato de caso, a importância de estudos que explicitem contextualmente o plano assistencial de Enfermagem a pacientes com cânceres avançados, em faixas etárias que, normalmente, os diagnósticos são mais raros. Deve-se considerar a complexidade do processo de adoecimento pelo câncer e angariar recursos científicos para a determinação das atitudes e dos procedimentos adotados pelo profissional, no caso particular, do enfermeiro.

Pretende-se, de modo geral, com os resultados deste estudo, estimular os pressupostos da construção do autogerenciamento, da clínica ampliada e da capacidade de comunicação efetiva e afetiva gerada pela técnica de comunicação de más notícias na doença oncológica. Conclui-se que, por meio do uso sistemático de teorias, modelos e técnicas cientificamente comprovados como

eficazes, os enfermeiros poderão avançar na construção do conhecimento da profissão e na qualidade da assistência prestada aos pacientes oncológicos.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo com contribuição intelectual e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

- 1. Skapek SX, Ferrari A, Gupta AA, Lupo PJ, Butler E, Shipley J, et al. Rhabdomyosarcoma. Nat Rev Dis Primers. 2019 Jan; 5(1):01-19. DOI: 10.1038/s41572-018-0051-2
- 2. Noujaim J, Thway K, Jones RL, Miah A, Khabra K, Langer R, et al. Adult pleomorphic rhabdomyosarcoma: a multicentre retrospective study. Anticancer Res [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 Jan 10]; 35(11):6213-8. Available from: http://ar.iiarjournals.org/content/35/11/6213.full.pdf+html
- 3. Bisogno G, Jenney M, Bergeron C, Melcon SG, Ferrari A, Oberlin O, et al. Addition of dose-intensified doxorubicin to standard chemotherapy for rhabdomyosarcoma (EpSSG RMS 2005): a multicentre, open-label, randomised controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2018 Aug; 19(8):1061-71. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30337-1
- 4. Drabbe C, Benson C, Younger E, Zaidi S, Jones RL, Judson I, et al. Embryonal and alveolar rhabdomyosarcoma in adults: real-life data from a tertiary Sarcoma Centre. Clin Oncol. 2020 Jan; 32(1):e27-35. DOI: 10.1016/j.clon.2019.07.007
- 5. Kashi VP, Hatley ME, Galindo RL. Probing for a deeper understanding of rhabdomyosarcoma: insights from complementary model systems. Nat Rev Cancer. 2015 July;15(7):426-39. DOI: 10.1038/nrc3961
- 6. Hladek MD, Gill J, Bandeen-Roche KJ, Walston J, Allen JK, Hinkle JL, et al. High coping self-efficacy associated with lower odds of pre-frailty/frailty in older adults with chronic disease. Aging Ment Health. 2019 July; 1-7. DOI: 10.1080/13607863.2019.1639136
- 7. Budhwani S, Wodchis WP, Zimmermann C, Moineddin R, Howell D. Self-management, self-management support needs and interventions in advanced cancer: a scoping review. BMJ Support Palliat Care. 2019 Mar; 9(1):12-25. DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001529

- 8. Lee S, Jiang L, Dowdy D, Hong YA, Ory MG. Effects of the chronic disease self-management program on medication adherence among older adults. Transl Behav Med. 2019 Mar; 9(2):380-8. DOI: 10.1093/tbm/iby057
- 9. Mills SL, Brady TJ, Jayanthan J, Ziabakhsh S, Sargious PM. Toward consensus on self-management support: the international chronic condition self-management support framework. Health Promot Int. 2017 Dec; 32(6):942-52. DOI: 10.1093/heapro/daw030
- 10. Marschollek P, Bąkowska K, Bąkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and breaking bad news-from the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. J Cancer Educ. 2019 Apr; 34(2):375-80. DOI: 10.1007/s13187-017-1315-3
- 11. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Instructional script for the elaboration of a clinical case study. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003 May/June; 11(3):371-5. DOI: 10.1590/S0104-11692003000300016
- 12. Santos ECG, Almeida YS, Hipólito RL, Oliveira PVN, Grupo de Estudio del Proceso de Atención en Enfermería. Wanda Horta's Nursing Process: a description and reflective analysis of her work. Temperamentvm [Internet]. 2019 July/Oct [cited 2019 Dec 20]; 15:e12520. Available from: http://ciberindex.com/c/t/e12520
- 13. Conselho Federal de Enfermagem. Artigo 2º da Resolução COFEN nº 358/2009 [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2019 Aug 10]. http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- 14. Cruz CO, Riera R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Diagn Tratamento [Internet].
 2016 [cited 2020 Jan 5]; 21(3):106-8. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- 15. Pereira LD, Bellinati NVC, Kanan LA. Self-Efficacy for managing chronic disease 6-Item Scale: avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica. Rev Cuid. 2018; 9(3):01-11. DOI: 10.15649/cuidarte.v9i3.561
- 16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizasus-politica-nacional-de-humanizacao-pnh/
- 17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

- 18. Nanda International. Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2020.
- 19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 20. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem NOC. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 21. Arndt CA, Stoner JA, Hawkins DS, Rodeberg DA, Hayes-Jordan AA, Paidas CN, et al. Vincristine, actinomycin, and cyclophosphamide compared with vincristine, actinomycin, and cyclophosphamide alternating with vincristine, topotecan, and cyclophosphamide for intermediate-risk rhabdomyosarcoma: children's oncology group study D9803. J Clin Oncol. 2009 Nov; 27(31):5182-8. DOI: 10.1200/JCO.2009.22.3768
- 22. Klingebiel T, Pertl U, Hess CF, Jürgens H, Koscielniak E, Pötter R, et al. Treatment of children with relapsed soft tissue sarcoma: report of the German CESS/CWS REZ 91 trial. Med Pediatr Oncol. 1998 May; 30(5):269-75. DOI: 10.1002/(sici)1096-911x(199805)30:5<269::aid-mpo2>3.0.co;2-d
- 23. Casanova M, Ferrari A, Spreafico F, Terenziani M, Massimino M, Luksch R, et al. Vinorelbine in previously treated advanced childhood sarcomas: evidence of activity in rhabdomyosarcoma. Cancer. 2002 June; 94(12):3263-8. DOI: 10.1002/cncr.10600
- 24.Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982 Dec; 5(6):649-55. PMID: 7165009
- 25. Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Palliative care: alternative to essential care at the nd of Lifle. Psicol Ciênc Prof. 2019 July; 39:01-15. DOI: 10.1590/1982-3703003185734
- 26. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Fatigue pictogram: an option for assessing fatigue severity and impact. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 Jan 5]; 43(Spe):1079-86. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a12v43ns.pdf
- 27. U.S. Department of Health & Human Services. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE): version 5.0. [Internet]. Washigton: HHS; 2017 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Ref erence_5x7.pdf
- 28. Lalla RV, Brennan MT, Gordon SM, Sonis ST, Rosenthal DI, Keefe DM. Oral mucositis due to high-dose chemotherapy and/or head and neck radiation therapy. J Natl Cancer Inst Monogr. 2019 Aug; 2019(53):lgz011. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgz011

29. Firdous S, Mehta Z, Fernandez C, Behm B, Davis M. A comparison of Numeric Pain Rating Scale (NPRS) and the Visual Analog Scale (VAS) in patients with chronic cancer-associated pain. J Clin

Oncol. 2017 Nov; 35(31): 217-217. DOI: 10.1200/JCO.2017.35.31

30. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, et al. Perceptions of

palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. CMAJ. 2016 July;

188(10):E217-E227. DOI: 10.1503/cmaj.151171

31. Thompson LDR, Jo VY, Agaimy A, Llombart-Bosch A, Morales GN, Machado I, et al. Sinonasal

tract alveolar Rhabdomyosarcoma in adults: a clinicopathologic and immunophenotypic study of

fifty-two cases with emphasis on epithelial immunoreactivity. Head Neck Pathol. 2018

June;12(2):181-92. DOI: 10.1007/s12105-017-0851-9

32. Stepan K, Konuthula N, Khan M, Parasher A, Del Signore A, Govindaraj S, et al. Outcomes in

adult sinonasal Rhabdomyosarcoma. Otolaryngol Head Neck Surg 2017 July; 157(1):135-41. DOI:

10.1177/0194599817696287

33. Alex RA, Nayak DR, Devaraja K, Reddy NA, Singh R, Shetty S. Head-and-neck

rhabdomyosarcoma: Our experience. Ann Indian Acad Otorhinolaryngol Head Neck Surg [Internet]

2018 Nov [cited 2020 Feb 13]; 2(1):01-4. Available

from: http://www.aiaohns.in/text.asp?2018/2/1/1/246144

34. Carrião GA, Marques JR, Marinho JL. Hospital care: interactivity between historical-social

constitution, management and humanization in health. RGSS. 2019 May/Aug; 8(2):189-202. DOI:

10.5585/RGSS.v8i2.14930

Correspondência

Eliana Cavalari Teraoka E-mail: ecavalari@unifesp.br

Submissão: 28/06/2020 Aceito: 21/12/2020

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 <u>Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License</u>, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.