

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM**

PATRÍCIA LIMA QUEIROZ

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM
FERIDAS**

**SÃO LUÍS
2016**

PATRÍCIA LIMA QUEIROZ

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM
FERIDAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra Santana de Maria Alves de Sousa

SÃO LUÍS

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Queiroz, Patrícia Lima

Diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos com feridas / Patrícia Lima Queiroz. – São Luís, 2016.

129f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Santana de Maria Alves de Sousa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Processos de enfermagem. 3. Neoplasias.
I. Título.

CDU 616-083

PATRÍCIA LIMA QUEIROZ

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM
FERIDAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ___ / ___ / _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Santana de Maria Alves de Sousa - Orientadora
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Rosilda Silva Dias – 1º Membro
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Elza Lima da Silva - 2º Membro
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Andréa Bezerra Rodrigues – 1º Membro Suplente
Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto
Universidade Federal do Ceará

Dra. Poliana Pereira Costa Rabêlo – 2º Membro Suplente
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico esta dissertação à Deus, pai
supremo e misericordioso, que em
sua infinita bondade,
mostrou-me diariamente que tudo
posso quando creio que ele é o
caminho, a verdade e a vida,
guiou-me para lugares impossíveis
aos olhos de muitos homens e no
alcance deles reforçou que ele é um
Deus vivo e fiel,
iluminou-me com a luz do
discernimento e da sabedoria,
necessária para compreender a sua
vontade e não a minha.
Por isso, Pai, Filho e Espírito Santo,
que
não só dedico, mas também dou
glórias e louvores a ti, por mais essa
vitória.
Amém!*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me direcionar a caminhos que alicerçaram o meu conhecimento em Enfermagem, pautados num conjunto de informações teóricas, filosóficas e metodológicas;

Aos docentes do MAENF/UFMA por compartilhar conhecimento, por me mostrar caminhos necessários para o fortalecimento da profissão e da Ciência da Enfermagem e por me motivar ainda mais a seguir o percurso dessa ciência;

À CAPES pelo financiamento dos meus estudos e concretização desta pesquisa;

Ao Hospital do Câncer Aldenora Bello por me permitir, como campo de pesquisa, ter acesso aos dados e aos pacientes hospitalizados, necessários para a realização desta dissertação;

À professora Dr^a Santana de Maria Alves de Sousa, minha orientadora, por ter me aceito como sua orientanda, pela confiança na temática referente à essa pesquisa, por ser um exemplo de mestre na docência da enfermagem, por me guiar nessa caminhada e por compartilhar seus conhecimentos, essenciais para a construção e conclusão desta pesquisa;

À professora Dr^a Rosilda Silva Dias, pelo desprendimento do seu tempo, destinado a me guiar para a compreensão e interpretação das necessidades humanas básicas do indivíduo, seja ele ser paciente, ser família ou ser comunidade. Suas contribuições foram valiosas, não só para a construção dos instrumentos e desenvolvimento desta pesquisa, mas também, para o meu amadurecimento científico e profissional na enfermagem;

Às professoras, Membros da Comissão Examinadora, pela disponibilidade em analisar e discutir a dissertação, com responsabilidade e com compromisso. Suas contribuições serão pertinentes e essenciais para a versão final desta pesquisa;

Aos pacientes e familiares do Hospital do Câncer Aldenora Bello, por aceitarem participar desta pesquisa, e por permitir e confiar a mim, o compartilhamento de suas necessidades psicológicas, biológicas, sociais e espirituais, marcadas pelo câncer;

A todos os profissionais do Hospital do Câncer Aldenora Bello, pela acolhida e disponibilidade, essenciais para a concretização da coleta de dados;

Aos coordenadores e colegas de trabalho da Faculdade Santa Terezinha – CEST, por permitirem e compreenderem o meu afastamento das atividades docentes e pelo apoio e incentivo para o alcance desse mestrado;

À toda equipe de voluntários da Liga Acadêmica dos Ostromizados – LAO, por não só abraçarem comigo essa atividade social, mas por compreenderem as minhas diversas ausências e por me mostrarem que a conclusão desta pesquisa seria alcançada;

Aos colegas da Turma 4 do MAENF pelas diversas discussões acadêmicas que possibilitaram o apreender, o compreender, o saber e o fazer Enfermagem, e em especial, a Janaína Câmara, a Luana Pontes e a Alice Bianca, pela convivência, pela amizade, pela partilha de mistos de sentimentos e apoio nos momentos difíceis desta trajetória acadêmica;

À enfermeira e amiga, Sandra Campos de Jesus, por permitir compartilharmos, juntas os primeiros passos para essa conquista, e mesmo nos percalços que nos impediram de juntas continuarmos, sempre pôs, de modo sereno e tímido de ser, que a nossa amizade extrapola os limites da cientificidade;

À minha amiga, irmã em Cristo, Wanessa Duailibe, pelo apoio, amizade e orações mais que intercessoras, em momentos tão difíceis vividos nesta caminhada. Suas palavras, seu sorriso, sua motivação, sua amizade e sua fé, foram mais que exemplos para mim, foram a certeza de que temos um Deus fiel e vivo;

A todos os meus amigos, pela compreensão dos diversos momentos de laser, encontros e partilhas abdicados, em prol da dedicação exclusiva à mais esta conquista;

Ao meu esposo, amigo, companheiro, Michel Queiroz, pelo seu infinito apoio e compreensão em todas as minhas decisões, sempre permitindo que os sonhos sejam nossos, assim de maneira intercessora e divina usou palavras que me levaram a reflexões profundas em momentos essenciais, nunca permitindo que me sentisse incapaz, pelo contrário sempre me fez crer, que tudo seria possível;

À minha família, em especial na pessoa da minha mãe, Maria de Jesus, do meu padrasto “pai”, Raimundo Moraes, da minha irmã, Fernanda Lima e do meu sobrinho “filho”, Arthur, que me serviram de estímulo para lutar por esta e tantas outras vitórias;

À Comunidade Católica Louvor e Adoração por me acolher como missionária e irmã em cristo, com amor e alegria, e por me conduzir a experiências

jamais vivenciadas anteriormente, experiências profundas com Cristo Jesus e com o Espírito Santo, essenciais para o fortalecimento da minha fé e compreensão do viver e servir em Cristo. Assim, a caminhada desta pesquisa tornou-se leve, objetiva e possível;

Enfim, agradeço a Deus, pelo seu amor incondicional e por não permitir, que a permanência de sentimentos ruins me mostrasse que este não seria o caminho a trilhar, pelo contrário, hoje concretizo a conclusão desta pesquisa, para honra e glória do seu nome.

Ser enfermeiro
É compartilhar,
Com seus pacientes,
As esperanças, o amor,
A vida, as alegrias,
A saúde e o nascimento;
As decepções,
A solidão e o sofrimento,
A angústia e a dor,
A morte, as tristezas
E as frustrações.
É dar de si mesmo
E com isso crescer;
É assumir um compromisso
E com ele amadurecer. ”

Wanda Horta (Poema, Torna-se)

QUEIROZ, P.L. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes oncológicos com feridas. 2016. 129f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2016.

RESUMO

O câncer é uma doença genética cuja iniciação e progressão envolve uma série de lesões no DNA ou expressão anômala de genes normais, e ganha relevância como problema de saúde pública no Brasil, devido a incidência alta e crescente de mortalidade. Estudos apontam que de 5% a 10% dos pacientes com câncer metastático nos últimos seis meses de vida, evoluem com feridas. As feridas nos pacientes oncológicos, refletem em implicações psicossociais, biológicas e espirituais. A Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio do processo de enfermagem, faz com que o enfermeiro utilize o raciocínio clínico e o julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas. O diagnóstico de enfermagem representa a segunda etapa desse processo, e tem como foco, as respostas do indivíduo à doença, aos processos de saúde e/ou aos fatores que afetam a manutenção do seu equilíbrio. Esta pesquisa teve por objetivo elaborar Diagnósticos de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em pacientes oncológicos com feridas. A metodologia da pesquisa desenvolveu-se por um estudo descritivo, transversal, exploratório e de abordagem quantitativa, realizada de agosto a outubro de 2015, num hospital de referência em oncologia, com a participação de 30 pacientes hospitalizados, utilizando o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e seguindo as orientações para elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, propostas pela ISO 18104:2014, e os termos contidos nos eixos foco e julgamento, da CIPE® versão 2015. A execução da pesquisa deu-se por cinco etapas: 1) levantamento dos pacientes oncológicos com feridas; 2) aplicação do histórico de enfermagem; 3) identificação e avaliação das feridas; 4) identificação dos fenômenos de enfermagem; e 5) elaboração de enunciados diagnósticos de enfermagem. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, segundo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer nº 1.161.269 e CAEE nº 44080115.3.0000.5087. Os dados permitiram, após a tabulação no programa Microsoft Excel®2007, a representação em proporção e distribuição de frequências, e a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, segundo a combinação de termos dos eixos foco e julgamento contidos na CIPE®. Os resultados apontam: a prevalência de feridas em pacientes do sexo masculino, com idade de 49 a 59 anos, cor parda, procedentes do interior do estado, casados, ensino fundamental incompleto, renda de até 2 salários mínimos, lavradores, evangélicos e admitidos com queixa de dor pelo serviço de pronto atendimento do hospital; identificação de 50 feridas entre os 30 participantes, com prevalência das feridas neoplásicas, cirúrgicas e lesão por pressão e predomínio dos diagnósticos de câncer de mama e pênis, possibilitando a elaboração de 242 enunciados de diagnósticos de enfermagem, dos quais 188 na categoria das necessidades psicobiológicas, 49 psicossociais e 5 psicoespirituais. Considera-se, que o estudo aponta contribuições para o desenvolvimento científico da prática de enfermagem oncológica, orientando a equipe de enfermagem no cuidado individualizado, sistemático e integral desta clientela.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Processos de Enfermagem. Neoplasias. Classificação.

Queiroz, P.L. Nursing Diagnoses in cancer patients with wounds. 2016. 129f. Thesis (MS). Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2016.

ABSTRACT

Cancer is a genetic disease whose initiation and progression involves a series of lesions in the DNA or aberrant expression of normal genes and has become relevant as a public health problem in Brazil, due to the high and increasing incidence of mortality. Studies show that 5% to 10% of patients with metastatic cancer in the last six months of life develop wounds. The wounds in cancer patients, reflected in psychosocial, biological and spiritual implications. The systematization of nursing care through the nursing process makes nurses use clinical reasoning and critical judgment for identification and inventory of problems. The nursing diagnosis is the second stage of this process, and is focused on individual responses to the disease, health processes and/or factors affecting the maintenance of the individual balance. This research aimed to develop nursing diagnosis for the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in cancer patients with wounds. It was developed a descriptive, cross-sectional, exploratory research methodology and a quantitative approach, conducted from August to October 2015, in an oncology reference hospital, with the participation of 30 hospitalized patients, using the theoretical framework of the Basic Human Needs Theory from Wanda Horta and following the guidelines for the preparation of Nursing Diagnoses, proposed by ISO 18104:2014 and the terms contained in the axes focus and judgment of ICNP® version 2015. The implementation of the research was divided into five phases: 1) survey of cancer patients with and without wounds; 2) application of nursing history and physical examination; 3) identification and evaluation of wounds; 4) identification of nursing phenomena; and 5) the preparation of statements of nursing diagnoses. The research was discussed and approved by the Ethics Committee of the Federal University of Maranhão, according to resolution no. 466/2012 of the National Health Council, under opinion N^o.1.161.269 and N^o.CAEE 44080115.3.0000.5087. After tab in Microsoft Excel[®] 2007 program, the data allowed representation in proportion and frequency distribution and the development of nursing diagnoses, according to the combination of terms of axes Focus and Judgment contained in ICNP®. We obtained the following results: the prevalence of wounds in male patients, aged 49-59 years old, brown-skinned color, from the interior of the state, married, incomplete primary education, income up to 2 minimum wages, farmers, evangelical and on admission to hospital for pain, through the hospital emergency department; identification of 50 wounds being prevalent neoplastic, surgical and pressure ulcers; prevalence of breast and penis cancer diagnoses and the preparation of 242 nursing diagnoses, 188 belonging to the category of physiological needs, 49 of Psychosocial and 5 psychospiritual. It is considered that this study may contribute to the practice of oncology nursing, in order to sustain the scientific knowledge and the development of nursing care abilities to this clientele and to direct the nursing staff for a development of an individualized, systematic, comprehensive care and of universal language.

Keywords: Nursing Diagnosis. Nursing processes. Neoplasms. Classification.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estadiamento da ferida tumoral.	25
Quadro 2 – Graduação do odor.	26
Quadro 3 - Classificação da reação da pele, conforme o tempo de surgimento das alterações.....	27
Quadro 4 – Graus de mucosite oral – OMS.	28
Quadro 5 – Sistema de Classificação STAR – lesão por fricção.	30
Quadro 6 – Classificação das necessidades humanas básicas	36
Figura 1 – Processo de enfermagem segundo Horta.....	39
Figura 2 – Exemplos de diagnósticos de enfermagem com a utilização da taxonomia CIPE®.	47
Gráfico 1 – Levantamento da média de ocupação diária dos leitos por pacientes oncológicos admitidos em unidade de internação, São Luís – MA, 2015.	54
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o tempo de permanência hospitalar, São Luís – MA, 2015.	56
Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o tipo de alta hospitalar, São Luís – MA, 2015.	56
Gráfico 4 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o diagnóstico médico atual, São Luís – MA, 2015.	60
Gráfico 5 – Distribuição dos tipos de feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos, São Luís – MA, 2015.	65
Gráfico 6 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades humanas básicas em pacientes oncológicos com feridas, São Luís – MA, 2015.	74
Gráfico 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicobiológicas em pacientes oncológicos com feridas, São Luís – MA, 2015.	75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicossociais em pacientes oncológicos com feridas, São Luís – MA, 2015.	75
Gráfico 9 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicoespirituais em pacientes oncológicos com feridas, São Luís – MA, 2015.	76
Quadro 7 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicobiológicas, São Luís – MA, 2015.	78
Quadro 8 - Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicossociais, São Luís – MA, 2015.	89
Quadro 9 - Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicoespirituais, São Luís – MA, 2015.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo variáveis sociodemográficas, São Luís – MA, 2015.	58
Tabela 2 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo variáveis da história clínica, progressa e familiar, São Luís – MA, 2015.	62
Tabela 3 – Caracterização das feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de identificação, São Luís – MA, 2015.	64
Tabela 4 – Caracterização das feridas mais prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís – MA, 2015.	66
Tabela 5 – Caracterização das feridas menos prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís – MA, 2015.	70

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	<i>American Nursing Association</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
GOP	Grupo Oncológico de Pele
EVA	Escala Visual Analógica
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
INCA	Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NPUPAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
RTOG	<i>Radiation Therapy Oncology Group</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	O CÂNCER E O PACIENTE ONCOLÓGICO COM FERIDAS	22
4	MARCO TEÓRICO	31
4.1	A ciência da enfermagem	31
4.2	Teoria das necessidades humanas básicas	34
4.3	Classificações das práticas de enfermagem	41
5	METODOLOGIA	49
5.1	Tipo de estudo	49
5.2	Local e período do estudo	49
5.3	População e amostra	49
5.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	50
5.5	Análise dos dados	51
5.6	Aspectos éticos	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1	Levantamento e dados sócio demográficos dos pacientes oncológicos com feridas	53
6.2	História clínica, progressa e familiar dos pacientes oncológicos com feridas	60
6.3	Avaliação das feridas dos pacientes oncológicos	63
6.4	Diagnósticos de enfermagem positivos e negativos conforme as necessidades humanas básicas em pacientes oncológicos com feridas	73
7	CONCLUSÃO	94
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICES	107
	ANEXO	126

1 INTRODUÇÃO

A origem do câncer coincide com a história do próprio homem, e a doença está fortemente ligada aos seus hábitos de vida, cultura e exposição temporal a fatores ambientais. O câncer envolve desordem da regulação celular. As causas de lesão genética e transformação neoplásica são categorizadas quanto aos fatores virais, fatores químicos, fatores físicos e genéticos (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Segundo, Matsubara *et al.*, (2012), o câncer é uma doença genética cuja iniciação e progressão envolve uma série de lesões no DNA ou expressão anômala de genes normais. As diversas mutações nesses genes críticos levam à perda progressiva da homeostase e ao aparecimento do fenótipo celular maligno. Essas células são conhecidas como cancerosas e se multiplicam de forma rápida e descontrolada, formando novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão com as atividades de crescimento, resultando nos tumores malignos.

A metástase tumoral é um tumor secundário que cresce separadamente do primário, se origina de células que se destacam do tumor primário e são transportadas para outros lugares, através dos vasos linfáticos ou sanguíneos, ou por fluidos existentes nas cavidades naturais. Para produzir uma metástase, as células tumorais se separam dos seus congêneres (perda da coesão), movimentam-se na direção de outras células (quimiotaxia) e digerem a matriz extracelular e a membrana basal dos vasos (enzimas) (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer ganha relevância como problema de saúde pública no Brasil, devido ao perfil epidemiológico crescente na incidência e mortalidade por essa doença. Fato esse, relacionado ao processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, que leva a estilos de vida não saudáveis e a exposição intensa a fatores de riscos do ambiente ou mundo globalizado. Assim, percebe-se uma diminuição de doenças infectocontagiosas e aumento das crônico-degenerativas e morte da população (BRASIL, 2014).

Estima-se mundialmente 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de morte por câncer, para 2030. No contexto nacional, o câncer é a segunda causa de morte por doença, perdendo apenas para doenças do aparelho circulatório, com estimativa de 600 mil casos novos para os anos de 2016 – 2017 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b).

Segundo estudos americanos, de 5% a 10% dos pacientes com câncer metastático evoluem com feridas neoplásicas, principalmente nos últimos seis meses de vida. Fato esse relacionado a alguns fatores como: diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença de base, caquexia neoplásica pela depleção de proteínas e nutrientes, alterações sistêmicas como o hipermetabolismo (gasto energético em repouso), extremos de idade, tratamento de base e período prolongado de internações hospitalares (GROCOTT, 1999; NAYLOR, 2003).

A pele, maior órgão do corpo humano, responsável pela imagem corporal dos indivíduos, apresenta uma vulnerabilidade a lesões nos pacientes oncológicos, não somente à evolução de feridas neoplásicas, mas também às feridas provenientes do tratamento (cirúrgicas, mucosites, radiodermite e neoplásicas), de internações prolongadas ou pelo avançar da própria doença (lesão por pressão, lesão por fricção e feridas produzidas por infecção), refletindo em implicações psicossociais, biológicas e espirituais para esses pacientes (NAYLOR, 2002).

Desse modo, o cuidado de enfermagem direcionado ao cliente oncológico com feridas, necessita ser desenvolvido por um enfermeiro com habilidades para o exercício do raciocínio clínico e do pensamento crítico, além de amplo e profundo saber científico na área de atuação, para o planejamento desse cuidado, individualizado e complexo (SOUZA; VALADARES, 2011).

Nesta perspectiva, tem-se defendido a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e metodologias para a implementação do Processo de Enfermagem (PE). A SAE é uma metodologia científica que o profissional enfermeiro aplica seus conhecimentos técnicos-científicos e humanos na assistência aos pacientes. Oferece respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, levando a credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem e, em consequência, maior autonomia e satisfação profissional (TANURE; PINHEIRO, 2011)

No Brasil, essa metodologia científica foi disseminada e implementada, pela professora e enfermeira Wanda de Aguiar Horta, que em 1979, publica a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, fundamentada na teoria da motivação humana de Maslow e classificada por João Mohana, segundo as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (NEVES, 2006; TANURE; PINHEIRO, 2011).

A teoria das necessidades humanas básicas, proposta por Horta, há uma relação entre os conceitos, quais sejam, ser humano, ambiente e enfermagem. Na

interação com o universo dinâmico, o ser humano vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço (NEVES, 2006). Desse modo, as necessidades básicas precisam ser atendidas e a ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada (HORTA, 1979).

Nesse contexto, o processo de enfermagem, proposto por Horta como uma metodologia de trabalho, fundamentada num método científico, define-se pela dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visa assistência ao ser humano. É a aplicabilidade das teorias de enfermagem, referenciadas como um instrumento metodológico do qual organiza e favorece o cuidado em enfermagem. Possui ainda, um enfoque holístico, que ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença (HORTA, 1979; NÓBREGA; SILVA, 2009; TANURE; PINHEIRO, 2011).

O processo de enfermagem é operacionalizado em etapas ou fases, que variam de acordo com o autor teórico no que diz respeito ao número e à terminologia utilizada. Wanda Horta considerava o processo de enfermagem em seis fases, sendo estas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem. (HORTA, 1979; TANURE; PINHEIRO, 2011).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, tem preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de enfermagem (COFEN, 2009). Desse modo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente oncológico, através do processo de enfermagem, faz com que o enfermeiro utilize o raciocínio clínico e o julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas, além de ajudar na escolha da melhor decisão de acordo com as necessidades reais biopsicossocio-espirituais dos clientes e seus familiares (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

O diagnóstico de enfermagem corresponde à segunda fase do processo de enfermagem e representa fonte de conhecimento científico e específico de enfermagem, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência de enfermagem, além de ter como foco, as respostas do indivíduo à doença, aos processos de saúde e/ou aos fatores que afetam a manutenção do seu equilíbrio (TANURE; PINHEIRO, 2011).

Portanto, a fase do diagnóstico de enfermagem não deve ser considerada apenas como uma simples listagem de problemas, mas uma fase de análise, interpretação de dados coletados, avaliação crítica e tomada de decisão, que descreve os efeitos dos sintomas e das condições patológicas e, no sentido da vida do cliente, a afirmação das respostas do mesmo a uma condição ou situação (SOUZA; VALADARES, 2011).

Nesse contexto, o uso do processo de enfermagem, levou ao desenvolvimento de sistemas de classificação para a contemplação das fases que compõem os elementos da prática de enfermagem: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Sendo, esses sistemas, definidos como instrumentos que proporcionam a utilização de uma linguagem padronizada, que pode ser empregada no processo de raciocínio clínico e terapêutico, a fim de fundamentar a documentação clínica da prática profissional. Dentre as terminologias em enfermagem desenvolvidas, as mais conhecidas são: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA); Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*); Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (CARVALHO, 2009).

Evidencia-se que dentre as Classificações da Assistência de Enfermagem que direcionam o Processo de Enfermagem, a CIPE® facilita a comunicação entre enfermeiros e dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde, além de apresentar uma terminologia com linguagem unificada e universal mais adequada para a prática específica do cuidado de enfermagem oncológico (CARVALHO, 2009). Portanto, essa terminologia contribui para a assistência de enfermagem ao paciente oncológico, em específico na construção dos diagnósticos de enfermagem.

Partindo de tais considerações, prestar cuidados de enfermagem ao paciente oncológico portador de ferida reveste-se de grande complexidade, requerendo do enfermeiro uma competência da esfera técnica-científica, com implicações em várias facetas do seu existir, dado seu esforço para viabilizar um cuidado de enfermagem integral. O enfermeiro deve agir de forma que o paciente possa ser um agente participativo do seu cuidado. Contudo, torna-se difícil obter indicadores estatísticos, uma vez que os registros desses atendimentos são escassos,

demonstrando assim, a deficiência referente aos dados estatísticos existentes (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Perpassou por esse contexto, o motivo em desenvolver esse estudo, uma vez que, durante minha experiência enquanto enfermeira oncológica, percebi na busca do conhecimento para um cuidar teórico e científico, a escassez de evidências científicas que apontassem um cuidar universal e com terminologia e linguagem padronizada, voltada para Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente oncológico com feridas. Pacientes, muitas vezes com as necessidades humanas básicas afetadas e alto grau de dependência de um profissional ou familiar.

Diante do exposto, e em conformidade ao avanço considerável do câncer e a manifestação de feridas nos pacientes oncológicos, além da possibilidade iminente de alteração das suas necessidades humanas básicas estarem alteradas, questionou-se: qual a prevalência e tipo de feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos? E, quais são os diagnósticos de enfermagem associados à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem podem ser elaborados para essa clientela a partir das necessidades humanas básicas?

A relevância do estudo se embasou na afirmação que o conhecimento do enfermeiro guiado por uma prática de enfermagem, direcionada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, em específico, etapas de levantamento de dados, sob a luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, e de diagnóstico de enfermagem, serviriam para sustentar o conhecimento científico e desenvolvimento de subsídios do cuidar de enfermagem ao paciente oncológico com feridas, por meio da elaboração de terminologia e linguagem universal como a CIPE®, além de contribuir para pesquisas na área de enfermagem oncológica, pois estudos mostram que na região Nordeste apenas 4,2% dos enfermeiros oncológicos, desenvolvem pesquisas em oncologia (BRASIL, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em pacientes oncológicos com feridas.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar dados sócio demográficos e clínicos, dos pacientes oncológicos com feridas;
- Identificar as necessidades humanas básicas afetadas, segundo a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta;
- Identificar os tipos de feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos;
- Avaliar as feridas apresentadas quanto ao tipo, localização anatômica, classificação, exsudato, dor, odor, sangramento e tempo de existência;
- Determinar os eixos foco e julgamento dos diagnósticos de enfermagem da CIPE®.

3 O CÂNCER E O PACIENTE ONCOLÓGICO COM FERIDAS

O câncer é crescente no Brasil e no mundo, e segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas últimas décadas, o impacto do câncer na população corresponderá a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (BRASIL, 2015b), associado a questões como o envelhecimento da população, a urbanização e os novos modelos de vida, que intensificam a exposição a fatores de risco (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

Essa patologia é caracterizada como de múltiplas etiologias, inicia-se com danos no DNA da célula, potencializados por agentes químicos, físicos ou biológicos, e após se forma pelo desequilíbrio entre a proliferação celular (ciclo celular) e a apoptose (morte celular programada), sendo que nesses eventos uma grande quantidade de genes, sofrem mutações, podendo ter seus produtos expressos de modo alterado, iniciando a formação do câncer (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

Segundo, dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2015b), os números estimados de novos casos de câncer para o ano de 2016-2017, corresponde a cerca de 600 mil novos casos. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 180 mil casos novos), ocorrerão em torno de 420 mil novos casos. Sendo, nos homens os mais frequentes serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Enquanto que nas mulheres, serão os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%).

Diante desse fato, infere-se o câncer como um problema de saúde pública, pela sua elevada incidência e mortalidade, correspondendo como a segunda causa de morte brasileira, perdendo somente para as doenças do aparelho circulatório e as causas externas (BRASIL, 2015b).

Os cânceres mais prevalentes na população, quando tardiamente diagnosticados, diminuem as chances de um tratamento com possibilidades de cura e aumentam a probabilidade do desenvolvimento de metástase para a pele e de feridas, em decorrência do tratamento ou de internações prolongadas (AZEVEDO; COSTA; HOLANDA, 2012). Um estudo americano, afirma a manifestação de feridas

em pacientes oncológicos nos últimos seis meses de vida, na proporção de 5 a 10% (GROCOTT, 1999; NAYLOR, 2003).

Ressalta-se que os tumores de mama, de cabeça e pescoço, de pênis e genitália, representam os tipos de cânceres, que frequentemente envolvem o surgimento de feridas nos pacientes oncológicos, além de outros tipos como o de rim, pulmão, ovário, cólon, bexiga, linfoma e leucemia (BRASIL, 2009).

O comprometimento da integridade da pele do paciente oncológico deve ser visto, de maneira especial, por possuírem um maior risco de desenvolver diversos tipos de feridas e complicações relacionadas à dificuldade da cicatrização destas lesões, muitas vezes, crônicas. E, ainda por causarem impactos sobre os pacientes, familiares e profissionais, podendo constituir um problema importante na assistência diária da enfermagem, pois cada ferida, assim como cada pessoa, é única e requer uma valorização e um tratamento individualizado (GOMES; CAMARGO, 2004).

O paciente com câncer vive em constante desequilíbrio entre procedimentos terapêuticos e terapias medicamentosas, além de serem vulneráveis as mais variadas consequências decorrentes do tratamento, como o comprometimento da sua pele e desenvolvimento de lesões. As feridas apresentadas por esses pacientes estão diretamente relacionadas à doença ou ao tratamento, como as radioterápicas, quimioterápicas, mucosites e neoplásicas, e indiretamente, às condições e comorbidades de cada indivíduo, como as lesão por pressão, as feridas cirúrgicas e lesões por fricção (MATSUBARA *et al.*, 2012).

Independente da etiologia da ferida apresentada, as alterações tegumentares e os processos inflamatórios provocados e a própria doença em si, interferem no processo de cicatrização das feridas prolongando assim, o desconforto, a dor e o desequilíbrio físico, psíquico, emocional e social, causados pelas lesões na pele (GOMES; CAMARGO, 2004).

Destarte, a ferida tumoral ou neoplásica, será mais evidente entre os pacientes oncológicos, principalmente nos pacientes com metástase ou em fase avançada ou maligna da doença. O tratamento dessas feridas, pode englobar uma fase curativa, no qual a tônica constante é sempre a cicatrização, o mais cedo possível visando a finitude da lesão, ou pode envolver uma fase paliativa, visando um tratamento de prevenção e controle dos desconfortos relacionados às feridas. Nessa fase, a cicatrização é uma consequência possível, mas não é a meta do tratamento, muitas vezes representada por uma lesão extensa e sem possibilidades de cura ou



cicatrização. Essas feridas, progressivamente, desfiguram a imagem corporal do indivíduo, tornando-se friáveis, dolorosas, secretivas e de odor fétido (MATSUBARA *et al.*, 2012).

O fato é que o enfermeiro, ao prestar cuidados a um paciente oncológico com ferida, seja de origem inerente a doença ou não, com abordagem curativa ou paliativa, deve se preocupar com as características da ferida, sem esquecer-se da avaliação do paciente nos aspectos físicos, psicossocial e espiritual, pois o paciente em cuidado paliativo ou não e com ferida, muitas vezes neoplásica, apresenta dois prognósticos ruins que irão acompanhá-lo até o seu último dia de vida (BRASIL, 2009).

Os pacientes oncológicos podem apresentar diversos tipos de feridas, as mais prevalentes são representadas pelas feridas neoplásicas, oncológicas ou malignas, radiodermites ou radiodermatite, mucosites, lesão por pressão e lesões por fricção (BRASIL, 2009).

A ferida neoplásica é definida pela quebra da integridade da pele em decorrência da infiltração de células malignas do tumor na estrutura da pele, resultante de um câncer de pele avançado ou, casos de metástase cutâneas, no qual pode ocorrer a implantação direta do tumor primário na linha de sutura, por via linfática ou sanguínea, sendo esta de maior frequência (AGRA *et al.*, 2013). Essas feridas são classificadas quanto a origem (tumor primário ou metastático), quanto ao estadiamento (quadro 1), quanto ao seu aspecto (ulcerativa, fungosa e fungosa ulcerada) e quanto ao grau de odor (quadro 2).

Quadro 1 - Estadiamento da ferida tumoral.

Estágios	Descrição
<p data-bbox="437 344 568 376">Estágio 1</p> 	<p data-bbox="791 344 1430 450">Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.</p>
<p data-bbox="427 674 580 705">Estágio 1N</p> 	<p data-bbox="791 674 1430 913">Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e formações de crateras.</p>
<p data-bbox="437 1010 568 1041">Estágio 2</p> 	<p data-bbox="791 1010 1430 1352">Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com exsudato ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver odor e dor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.</p>
<p data-bbox="437 1386 568 1417">Estágio 3</p> 	<p data-bbox="791 1386 1430 1688">Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.</p>
<p data-bbox="437 1722 568 1753">Estágio 4</p> 	<p data-bbox="791 1722 1430 2002">Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.</p>

Quadro 2 - Graduação do odor.

Odor grau I	Odor grau II	Odor grau III
Sentido ao abrir o curativo.	Sentido ao se aproximar do paciente, sem realizar o curativo.	Sentido no ambiente, sem realizar o curativo. É caracteristicamente forte e/ou nauseante.

Fonte: BRASIL, (2009, p. 14).

A presença da ferida neoplásica na pele de um paciente oncológico, representa uma lembrança ativa da doença de base, necessitando assim de uma assistência interdisciplinar, capacitada e treinada, para atingir os objetivos do tratamento, controle dos sintomas e consequente qualidade de vida. Sendo, que é imprescindível a avaliação dessa ferida pela enfermagem para a execução do cuidado e escolha do tratamento adequado, tendo em vista que o uso de materiais à base de fatores de crescimento é controverso para este tipo de ferida, uma vez que o produto estimula o crescimento de células cancerosas (MATSUBARA *et al.*, 2012).

A radiodermite ou radiodermatite é representada por um conjunto de lesões cutâneas provocadas por uma exposição excessiva ao tratamento à radiação ionizante, sendo considerada como uma queimadura complexa que ocorre das estruturas internas às externas, podendo decorrer de complicações secundárias ou iatrogênica pós-tratamento, levando a complicações secundárias como infecção local. Essa lesão costuma aparecer após a segunda semana de tratamento, sendo muitas vezes classificada de acordo com o tempo de ocorrência, em reações agudas (manifestam-se durante ou até um mês após o término do tratamento), reações intermediárias (apresentam-se de um a três meses após o término do tratamento) e reações tardias (surgem de três a seis meses após o término do tratamento) (PROMMIER *et al.*, 2004; DENARDI *et al.*, 2008).

O grau de complexidade das radiodermites pode ser determinado quanto a graduação da toxicidade causada pelo tratamento radioterápico, ou pela reação de pele conforme o grau de complexidade e o tempo de surgimento das alterações (Quadro 3). Quanto a graduação da toxicidade causada pelo tratamento radioterápico, os critérios do *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG), indicam uma variação de 0 a 4, sendo: **grau 0** – sem reação ou pele íntegra; **grau 1** – eritema leve, epilação e/ou descamação seca; **grau 2** – eritema doloroso, descamação úmida localizada e/ou edema moderado; **grau 3** – descamação úmida confluyente e/ou edema

importante; e **grau 4** – ulceração, hemorragia e/ou necrose (BRASIL, 2010; SCHNEIDER, 2012).

Quadro 3 - Classificação da reação da pele à radioterapia conforme o tempo de surgimento das alterações.

Graduação da complexidade	Descrição
Reação de 1° grau	É uma reação habitual e consiste de eritema da pele, que se apresenta com uma coloração vermelha brilhante por 2 ou 3 semanas, surgindo durante ou após a aplicação. É comum também verificar a descamação da pele e exsudação (serosa) branca.
Reação de 2° grau	É a reação provocada por doses terapêuticas elevadas. Consiste de eritema rubro escuro e edema de pele, aparecendo 2 a 3 semanas após o início da aplicação. A destruição da epiderme leva à formação de bolhas na pele; há descamação que pode ser seca ou úmida, com destruição das glândulas sebáceas e sudoríparas.
Reação de 3° e 4° grau	É uma reação de pele consequente de uma superdosagem. Produz a destruição da derme e o desenvolvimento de uma úlcera necrótica dolorosa. A cura, quando ocorre, é lenta. A pele irradiada torna-se sensível durante o tratamento e sujeita a danos e pontos hemorrágicos.

Fonte: BRASIL, (2010, p. 275).

A mucosite, um tipo de ferida resultante da ação direta dos agentes citotóxicos usados no tratamento oncológico, causa intenso desconforto ao paciente, interfere no seu estado sistêmico, principalmente nutricional, favorece infecções locais e pode levar a infecção sistêmica por agentes que atingem a corrente sanguínea a partir das lesões na boca, e é definida como um processo inflamatório que envolve as membranas da cavidade oral e do trato gastrointestinal (DENARDI *et al.*, 2008).

A mucosite tem manifestações clínicas variadas, que vão de uma simples queixa de ardor na boca, sem achado clínico, até lesões erosivas seguidas de dor severa e impossibilidade de comer, beber ou até deglutir a saliva. Assim, com o intuito de mensurar e avaliar a manifestação dessas feridas, têm sido empregada diversas escalas, sendo neste estudo utilizada a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MATSUBARA *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE; CAMARGO, 2007), como se apresenta no quadro 4:

Quadro 4 - Graus de mucosite oral – OMS.

Escała	0	1	2	3	4
Toxicidade oral (OMS)	Nenhuma	Sensibilidade e eritema	Eritema, úlcera. Pode deglutir alimentos sólidos	Úlcera, eritema extenso. Não pode deglutir alimento sólido	Úlcera, mucosite extensa. Não pode deglutir

Fonte: ALBUQUERQUE; CAMARGO, (2007).

Uma outra manifestação de ferida, vista como complicação frequente nessa população é a lesão por pressão (UP), merecendo atenção especial durante o tratamento de pacientes com doença avançada, como o câncer, com o propósito de evitar o aparecimento de situações que pioram a qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2009).

A lesão por pressão é definida como uma lesão de pele em tecido adjacente, usualmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou pressão em combinação com força de cisalhamento e força de fricção, prevalecendo na população oncológica devido a diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença, às alterações sistêmicas como o hipermetabolismo (gasto energético em repouso), caquexia neoplásica pela depleção de proteína e nutrientes, e extremos de idade (BRASIL, 2009).

Para a classificação dessas feridas, adota-se a classificação descrita pelo Guidelines internacionais para o tratamento e prevenção de lesão por pressão, EPUAP e NPUAP (2014), no qual classifica em:

✓ **Categoria I – eritema não branqueável e pele intacta:** pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada; na pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento;

✓ **Categoria II – perda parcial da espessura da pele ou flictena:** perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho rosa sem crosta, ou ainda como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático;

✓ **Categoria III – perda total da espessura da pele:** perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos ossos, tendões ou músculos; ter presença de algum tecido

desvitalizado (tecido desvitalizado úmido), ou ainda, incluir lesão cavitária e encapsulamento;

✓ **Categoria IV - perda total da espessura dos tecidos:** perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos; pode apresentar tecido desvitalizado (fibrina úmida) e ou necrótico e frequentemente são cavitárias e fistuladas;

✓ **Não graduáveis / inclassificáveis - perda total da espessura da pele ou tecidos (profundidade indeterminada):** perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada por tecido necrótico do tipo amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho, e/ou escara (tecido necrótico acastanhado, castanho ou preto) no leito da ferida;

✓ **Suspeita de lesão profunda nos tecidos:** área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.

As lesões por fricção são consideradas como feridas traumáticas provocadas por fricção isolada ou acompanhada de cisalhamento, que afetam preferencialmente a população de pessoas debilitadas e dependentes, com mobilidade e nutrição comprometidas, com pele frágil, como os idosos e as pessoas em fase terminal de vida, como os pacientes oncológicos (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012).

Estão relacionadas à separação entre as camadas epiderme e derme (ferida de espessura parcial) ou à separação de ambas as camadas subjacentes (ferida de espessura total), podendo serem classificadas, conforme o Sistema de Classificação STAR (*Skin Tear Classification System*) para lesão por fricção (Quadro 5), de modo adaptado e validado no Brasil por Pulido (2010).

Quadro 5 - Sistema de Classificação STAR – lesão por fricção.

Categoria 1a	Categoria 1b	Categoria 2a	Categoria 2b	Categoria 3
Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.	Lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.	Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.	Lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.	Lesão por fricção cujo retalho de pele está completamente ausente.

Fonte: PULIDO (2010, p. 62).

Cabe a equipe de enfermagem, a prestação de cuidados ao paciente oncológico com feridas, de modo sensível, humanizado e individualizado, pois a presença de uma ferida, maligna ou não, altera o estilo e a qualidade de vida do mesmo. O odor, o exsudato, o tecido necrótico, provenientes das feridas e a desfiguração da sua imagem corporal, contribuem para um destaque constante da doença de base.

Nessa perspectiva, a assistência ao paciente oncológico com ferida representa um desafio para os profissionais da saúde, os quais devem basear sua conduta numa filosofia holística, tendo em vista a assegurar um cuidado que atenda às necessidades e particularidades de cada paciente.

4 MARCO TEÓRICO

Segundo Neves (2006), os modelos teóricos, os marcos conceituais e as teorias de enfermagem, direcionam para a prática da sistematização da assistência de enfermagem, por meio do processo de enfermagem. Apresenta-se a seguir, a construção de um conhecimento expresso na ciência de enfermagem, na contribuição das teorias para a ciência de enfermagem, na fundamentação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e nas classificações de enfermagem, concretizando uma metodologia da assistência expressa na etapa do diagnóstico de enfermagem.

4.1 A Ciência da enfermagem

O significado de ciência compreende o conjunto de conhecimentos coordenados e sistematizado relativamente a um determinado objeto (BUENO, 2007), que por sua vez, o ser humano descobre, cria e expressa determinados significados. Significados, que comportam as dimensões de experiências, normas, princípios, elaboração seletiva e expressão. A enfermagem ao longo dos tempos, atribuiu significados, vivenciou experiências, estruturou seus princípios e normas e os comunicou, elaborando o seu conhecimento (GARCIA; PAGLIUCA, 1998).

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem) compreendido por instrumentos, condutas e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas de forma biológica, psicológica e social. Os saberes que marcam a história da enfermagem, limitam-se às técnicas de enfermagem, aos princípios científicos e as teorias de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

As técnicas de enfermagem representam um dos primeiros saberes expressos na enfermagem, inicialmente reconhecidas como a arte da enfermagem. Configuravam-se por procedimentos naturais e intuitivos próprios dos cuidados domésticos dispensados pelas famílias, às crianças e aos doentes. Enquanto, que os princípios científicos, delineou-se na década de 50, na busca de uma fundamentação para as técnicas da enfermagem, baseada nas ciências naturais e sociais. Nessa mesma época, o saber de enfermagem torna-se científico e imbricado no saber da

medicina, ou seja, um saber condicionado a autoridade médica (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Nesse período, o hospital passa a ser um instrumento de cura e a distribuição do espaço, um instrumento terapêutico e disciplinado, no qual o médico passa a ser a figura principal responsável pela organização do hospital, pela cura dos doentes e por controlar o cotidiano dos demais profissionais da equipe, fortalecendo o poder da medicina, e a enfermeira, a cuidadora (WESTPHALEN; CARRARO, 2001). Desse modo, definindo o saber de enfermagem, nas décadas de 50 e 60, como dependente e sem uma natureza específica.

O saber da enfermagem como reflexão teórica nasce com Florence Nightingale, que defendia que embora o médico e a enfermeira possam lidar com a mesma população, a enfermagem não deve ser vista como subserviente à medicina. Idealizou a profissão de enfermagem, sob um conhecimento de enfermagem direcionado às pessoas, às condições em que elas viviam e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre sua saúde (WESTPHALEN; CARRARO, 2001; TANURE; PINHEIRO, 2011).

Ressalta-se, que mesmo de forma empírica e sem sistematização, Nightingale, atuou embasada num Modelo de Enfermagem, no qual o modelo descreve como uma enfermeira deve implementar as leis naturais, as quais permitem que os conceitos direcionados à pessoa, ao ambiente, à saúde-doença e à enfermagem, possam interagir. O modelo de Nightingale influenciou o desenvolvimento da Ciência da Enfermagem. Lembrando, que os modelos servem para facilitar o raciocínio dos conceitos e das relações existentes entre eles ou, ainda, para delinear o processo da assistência de enfermagem (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Verifica-se que as expressões do saber da enfermagem, vai das técnicas de enfermagem às teorias, e estas duas significações não se excluem, mas estão presentes no cuidado de enfermagem na forma de operacionalização (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Portanto, as teorias de enfermagem, representam um instrumental indicado para orientar a enfermagem na busca de sua autonomia, como campo específico do saber, permitindo uma delimitação de seus limites de atuação, no trabalho com outros profissionais (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Destaca-se que nos anos de 1950, a visão da enfermagem estava voltada para a assistência holística,

[...] quanto ao cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começou a ser enriquecida com um novo enfoque do ser humano. Surgiu a ênfase no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centralizando-se a assistência de enfermagem não mais na patologia, mas na pessoa e na promoção da sua integridade, percebendo-se o doente como pessoa com necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras (TANURE; PINHEIRO, 2011, p. 16).

A organização do conhecimento em modelos teóricos e conceituais, iniciou na década de 50, sendo mais enfatizado na década de 60, em que foram publicadas as concepções de várias enfermeiras sobre a enfermagem, quanto ao tipo de conhecimento e habilidades necessárias à prática. Autoras dessa época afirmavam que filosofias da ciência e da prática da enfermagem desenvolveram-se com crescente ênfase na estética, ética e componentes pessoais do conhecimento em enfermagem (GARCIA; PAGLIUCA, 1998).

O desenvolvimento do corpo de conhecimentos específicos e organizados para a enfermagem partiu de um grupo de enfermeiras norte-americanas, que logo após a Segunda Guerra Mundial, se organizaram em associações e iniciaram discussões sobre as necessidades e as dificuldades inerentes à profissão. Propagando-se o desenvolvimento de teorias que levassem a identidade profissional (TANURE; PINHEIRO, 2011).

Para tanto, é necessário compreender que as teorias apontam para a aplicação de um método científico para o planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem e que a terminologia usada depende do enfoque teórico que a sustenta. Dependendo da teoria e do marco conceitual que a embasam, a metodologia se configura de diferentes maneiras, buscando adequação à realidade a que será utilizada. Sua operacionalização articula arte e ciência (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Horta (1979), nos revela que ciência e teoria não são contemplativas, são práticas. Ciência é vontade de poder. Técnica é vontade de poder efetuada. Refere ainda, que a teoria não diz como agir, mas diz o que acontecerá atuando-se de uma certa maneira. A teoria é um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência.

Tanure e Pinheiro (2011) afirmam que as teorias devem direcionar as ações dos enfermeiros, de modo que possam responsabilizá-los pelos cuidados a serem prestados aos pacientes, não mais executados de maneira empírica. Referem que as

completas têm: contexto (ambiente em que ocorre o cuidado de enfermagem), conteúdo (definição e conceito da teoria) e processo (método pelo qual a enfermagem atua, executa a teoria).

Além de serem completas, as teorias compõem o metaparadigma da enfermagem, a fim de auxiliar o enfermeiro na escolha da teoria de enfermagem que melhor norteará o seu processo de cuidar, sendo definido por:

[...] Enfermagem – ciência do cuidado executado por meio de uma metodologia assistencial; Pessoa – aquele que recebe o cuidado; Ambiente – entorno imediato em que se encontra a pessoa que recebe a assistência; Saúde – finalidade da assistência de enfermagem [...] (TANURE; PINHEIRO, 2011, p. 19).

Segundo, Oliveira, Paula e Freitas (2007), as teorias de enfermagem são classificadas em quatro níveis, de acordo com a sua finalidade. As teorias de nível I isolam e classificam os elementos pelos fatores, as de nível II estabelecem relações entre fatores. Sendo, esses dois níveis de teoria estáticas, as de nível III e IV são dinâmicas. As teorias de nível III relacionam situações, preditivas, inibidoras ou produtoras, enquanto que as de nível IV são prescritivas e produtoras de situações. Assim, Horta (1979), enfatiza que na enfermagem é aconselhável as teorias de nível IV, compreendendo finalidade e/ou escopo, complexidade, utilidade, valores implícitos, validade, geradora de informações e terminologia própria.

Desse modo, os modelos teóricos ou teorias de enfermagem representam a luz que iluminará os passos do processo de enfermagem (método científico do trabalho de enfermagem). A teoria guia e aprimora a prática da assistência de enfermagem ou do processo de cuidar, levando a observação dos fenômenos, a intervenção e os resultados esperados (NEVES, 2006). Portanto, as teorias de enfermagem representam o alicerce de conhecimento para a ciência da enfermagem.

4.2 Teoria das necessidades humanas básicas

O desenvolvimento do conhecimento teórico vem se processando na enfermagem brasileira, a partir 1970, quando Wanda de Aguiar Horta, intelectual brasileira, enfermeira, nascida em Belém do Pará, começa a propagar seus estudos e publicações sobre o processo de enfermagem. Dessa forma, despertando o corpo

de enfermagem do Brasil para o pensar e agir sobre uma assistência de enfermagem sistematizada (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

Horta publicou em 1979, o livro *Processo de Enfermagem*, tendo a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos, nele descreve um modelo teórico mais conhecido e utilizado pela enfermagem brasileira, conhecido como a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, uma teoria do campo profissional. A teórica se apoiou na teoria da motivação, de Maslow, que é fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas, as quais são consideradas, na ciência da enfermagem, como entes da enfermagem (HORTA, 1979).

As Necessidades Humanas Básicas de Maslow são classificadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e auto-realização. No entanto, Horta optou por utilizar a classificação de necessidades propostas por João Mohana em três grandes dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, as duas primeiras são comuns aos seres vivos nos variados aspectos de sua complexidade vital, enquanto que a psicoespiritual é característica inerente ao homem. Apresenta-se a seguir, no quadro 6, as necessidades humanas básicas, segundo João Mohana:

Quadro 6 - Classificação das necessidades humanas básicas.

Necessidades humanas básicas		
Psicobiológicas	Psicossociais	Psicoespirituais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfatória, visual, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Sociabilidade Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou filosofia de vida

Fonte: HORTA, (1979, p.40).

Horta, nos seus escritos não nos revela justificativas de sua preferência pela classificação das necessidades proposta por João Mohana, mas talvez possamos pensar e imaginar tais motivos, quando ele descreve no seu livro, *O Mundo e Eu*, que

[...] a Psicologia descobre quase sempre, no âmago da tristeza, vaidade ferida, ambição vetada, orgulho lanceado; a Fisiologia encontra quase sempre o aparelho digestivo do orgulhoso e o sistema cardiovascular do triste em permanente estado de tensão, menos ou mais intensa, as virtudes antitensoras prescritas por Deus constituem um *relax* espiritual de primeira ordem, de profunda repercussão somática [...] (MOHANA, 1989, p.33).

João Mohana, revela ainda, nessa mesma obra, que a nossa vida psíquica se faz nos três níveis distintos, já mencionado anteriormente, não separados,

afirmando que existem componentes inconscientes em cada um desses três planos. Forças que

[...] brotam de nossas raízes entitativas, sem que tenham sido introduzidas por uma ação nossa ou estranha a nós. Forças que existem em nós independentes de leitura, de educação, de cultura, de meio. Essas forças são os nossos instintos, também chamados impulsos, tendências, necessidades fundamentais [...] (MOHANA, 1989, P.33).

Horta, apóia e engloba sua teoria, em leis que regem fenômenos universais, tais como, a lei do equilíbrio (todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre seus seres), a lei da adaptação (todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio) e a lei do holismo (o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser) (HORTA, 1979).

Horta desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a fim de explicar a natureza da enfermagem, os seus conceitos e princípios, além de definir o campo de ação específico da enfermagem e sua metodologia científica. Antes de publicar a teoria em 1979, apresentou-a, em 1973, no I Congresso Nacional de Enfermagem em Lisboa (JESUS, 1995).

Entre os pressupostos para a enfermagem, Horta (1979) apresenta que a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio, e reveste desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas Necessidades Básicas, além de sempre procurar reconduzir o homem à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

A partir desse pensamento, decorrem conceitos, princípios e o processo de atuação da enfermeira ou agente. São inferidos dois conceitos: 1) Enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, por meio do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais; 2) Assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo;

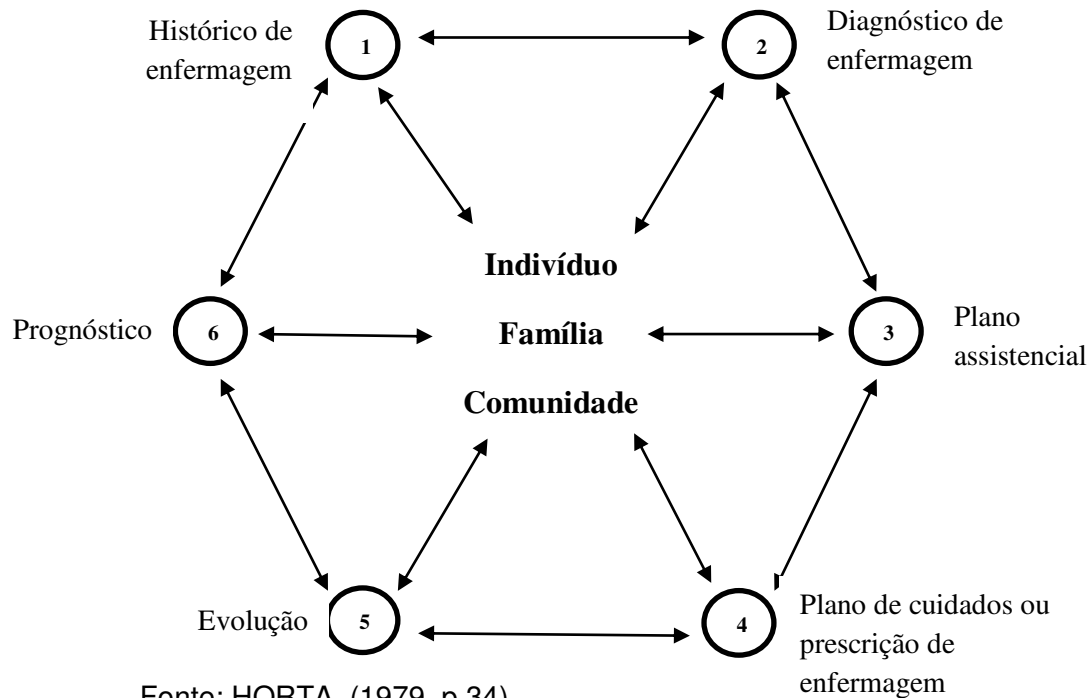
ajudar ou auxiliar quando estiver parcialmente impossibilitado de se autocuidar e orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979).

Horta, define como **funções do enfermeiro** para o processo de atuação, como campos ou áreas de atuação distintos, descrevendo-os como específicos, no caso de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, além de ensinar o autocuidado; interdependentes quando mantém, promove e recupera a saúde; e, social quando inserido no ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe (HORTA, 1979).

Dessa forma, para que a enfermagem exerça suas funções eficazmente necessitará entender o ser humano como um todo, composto por corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, o indivíduo é afetado em sua totalidade. Portanto, não se deve objetivar apenas as partes que o incomodam, ele precisa ser valorizado nos seus aspectos sociais, emocionais, para que o seu processo de atendimento se torne individualizado e humanizado. Esse processo de atendimento, foi propagado por Horta, como uma metodologia de trabalho, que está fundamentada no método científico, denominado de Processo de Enfermagem (HORTA, 1979; HORTA, 1975).

O Processo de Enfermagem, implícito na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (prescritiva de nível IV), é definido por uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa a assistência ao indivíduo, família e comunidade. Assistência essa, de forma organizada e direcionada por seis etapas, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem, como mostra a figura 1:

Figura 1 - Processo de Enfermagem segundo Horta.



O Histórico de Enfermagem é a primeira fase do Processo de Enfermagem, refere-se ao roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas. Para a sua utilização apoia-se nas técnicas de entrevista, observação e exame físico, ambos com apontamentos claros e concisos, que levam a informações que permitam dar um cuidado imediato e sem apresentação de dados de interesse médico (HORTA, 1979).

Já, a segunda fase do Diagnóstico de Enfermagem é definida por Horta (1979), como a etapa da análise dos dados coletados no Histórico de Enfermagem, que levam a identificação de problemas de enfermagem, ou seja, das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem. Apresenta ainda, esse grau de dependência de enfermagem em natureza total e parcial, e extensão qualitativa em Total-Fazer e Parcial-Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar (HORTA, 1979).

Na natureza total, encontra-se implícita a extensão e a natureza, porque o ser humano não tem condições de fazer por si, requerendo a enfermeira fazer por ele. Na natureza parcial, a dependência situa-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, sendo ordenada e inter-relacionada a assistência, e

pode ainda ser quantificada pela atribuição de graus, 1, 2, 3, 4, de acordo com a capacidade do ser humano em se autocuidar (JESUS, 1995).

Pelo apresentado, a etapa do diagnóstico de enfermagem, exige do enfermeiro a capacidade de raciocínio clínico, pensamento crítico, observação, habilidades para reunir dados e interpretá-los, conhecimentos básicos, habilidades intelectuais, experiência prática e intuição (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Outro autor define essa etapa como

[...] um julgamento clínico sobre experiências/reações reais ou potenciais individuais, familiares ou comunitárias a problemas de saúde/processos de vida. O diagnóstico de enfermagem trata das reações humanas a estressores biopsicossociais e/ou problemas de saúde que um enfermeiro licenciado e competente trata [...] (ALFARO-LEFEVRE, 2014, p. 127-128).

Nesse contexto, enfatiza-se que inserir os diagnósticos de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas é uma importante contribuição para uma avaliação contínua do tratamento instituído, pois esta etapa direciona a prática da assistência, permitindo acompanhar a evolução do paciente e a resposta dele frente ao tratamento (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

A etapa do plano assistencial consiste na determinação global da assistência que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido; resultante da análise feita do diagnóstico de enfermagem estabelecido, dos problemas de enfermagem e do grau de dependência. Enquanto que, na etapa seguinte, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, define-se pela implantação do plano assistencial, por meio, do roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979).

A evolução de enfermagem, ainda segundo a mesma autora, consiste na avaliação diária ou sempre que necessária ao plano de cuidados. Nessa fase permite-se avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada. Por fim, o prognóstico de enfermagem, é determinado pela estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1979).

Nota-se que o modelo de assistência, Processo de Enfermagem, proposto por Horta, por meio da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, instrumentalizam o planejamento científico e sistematizado das ações a serem desenvolvidas pelos integrantes da equipe de enfermagem, oferecendo suporte e direcionando o desempenho das atividades (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Dessa forma, a trajetória expressa pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas, por meio do processo de enfermagem, orientou de forma mais específica o levantamento de dados necessários para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem ao paciente oncológico com ferida, uma vez que na maioria das vezes, essa clientela apresenta suas necessidades humanas básicas afetadas e um determinado grau de dependência dos cuidados de enfermagem.

4.3 Classificações das práticas de enfermagem

A evolução da ciência da enfermagem partiu do desenvolvimento de inúmeros modelos teóricos e teorias transpostos às classificações de diagnósticos, intervenções e resultados. Esses sistemas de classificação de enfermagem favorecem o cuidado por meio de uma linguagem única e de descrição da enfermagem clínica (FURUYA *et al.*, 2011; BARROS, 2009).

Os sistemas de classificação são definidos como conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina ou subdisciplina são organizados em grupos ou classes com base em suas similaridades. O desenvolvimento desses sistemas de classificação na enfermagem relacionados à assistência traz benefícios, tais como, segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, melhora da comunicação e da qualidade das documentações, visibilidade às ações de enfermagem, desenvolvimento de registros eletrônicos e avanço do conhecimento (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; FURUYA *et al.*, 2011).

O processo de enfermagem, expresso por diversas fases, orientadas por um modelo conceitual, favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem, possibilitando as tomadas de decisões clínicas das enfermeiras. Existem na enfermagem diversos sistemas de classificação relacionados com algumas fases desse processo, sendo estes: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International*

(NANDA); Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*); Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (CARVALHO, 2009; FURUYA *et al.*, 2011).

Desde a década de 1970, os sistemas de classificação, Diagnósticos, Intervenções e Resultados, vêm sendo construídos em diferentes países. Em 1973, iniciou-se a discussão sobre diagnósticos, sendo continua em conferências, quando posteriormente, em 1980, gerou-se, refinou-se e classificou-se os termos diagnósticos. Em 1982, foi criada a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), com objetivo de manter e aperfeiçoar as pesquisas acerca dos diagnósticos de enfermagem. A associação classificava até 2000, os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia I, sendo estruturada por nove categorias a partir do modelo conceitual dos Padrões de Respostas Humanas (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir). Após esse ano, os associados aprovaram a Taxonomia II, composta por 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos (BARROS, 2009; NÓBREGA, SILVA, 2008/2009; NANDA, 2010).

A taxonomia da NANDA apresenta 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados (classificados) em 13 domínios (categorias) da prática de enfermagem: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade. Enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, proteção/segurança, conforto, crescimento/desenvolvimento. A NANDA identifica três categorias de diagnóstico de enfermagem: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco (NANDA, 2013).

A NANDA foi apresentada no Brasil em 1990 por enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba e lançada em São Paulo, no primeiro Simpósio Internacional de Diagnósticos de Enfermagem em 1995, mas as versões oficiais das classificações NANDA, NIC e NOC, só foram publicadas em português a partir de 2000 (BARROS, 2009). A Taxonomia II da NANDA, sistema de classificação diagnóstica mais utilizado pela enfermagem, conceitua diagnóstico de enfermagem, como

[...] um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou

potenciais, constituindo a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são de responsabilidade do enfermeiro [...] (NANDA, 2013, p.132).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelos enfermeiros, inclui também, todas as intervenções que os enfermeiros realizam para os pacientes, sejam elas independentes ou colaborativas, de cuidado direto e indireto dos pacientes. A NIC (*Nursing Interventions Classification*) define uma intervenção como “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 39).

Todas as intervenções da NIC têm um título, uma definição, e para cada uma delas são descritas atividades que os enfermeiros realizam para solucionar os problemas apresentados pelos pacientes. Ressalta-se ainda, que além das associações com os diagnósticos de enfermagem da NANDA, há também com os problemas de enfermagem do sistema de Omaha, o instrumento de avaliação de residentes utilizado em instituições para idosos, com categorias de avaliação do conjunto de informações sobre resultados e avaliações (OASIS) para cuidados domiciliares e com resultados da NOC. Desse modo, facilitando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão clínica do enfermeiro (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O Sistema de Classificação dos Resultados do Paciente, NOC (*Nursing Outcomes Classification*), é uma taxonomia complementar às taxonomias da NANDA e da NIC. Determina a condição de saúde de um paciente, do cuidador, da família ou de uma comunidade, com o propósito de verificar as mudanças apresentadas por eles após as intervenções de enfermagem. Os resultados referem-se a um estado, um comportamento ou uma percepção do ser cuidado, mostram também, as respostas do paciente às condutas realizadas pelos enfermeiros, e sua utilização possibilita que se identifiquem melhora, piora ou até mesmo a manutenção da condição avaliada, a partir de comparações com as avaliações realizadas previamente (TANNURE; PINHEIRO, 2011; MOORHEAD *et al*, 2010).

Dentre essas classificações, destaca-se a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial.

Essa classificação é considerada uma tecnologia da informação, pois proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas no âmbito mundial, contribuindo para que a prática dos profissionais de enfermagem seja eficaz (GARCIA, 2015).

A criação da CIPE[®] iniciou-se na década de 80, quando enfermeiras, membros da American Nursing Association (ANA) e da NANDA, tentaram incluir na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), um esquema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem, como condições necessárias para o cuidado. No entanto, a solicitação foi recusada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visto que a classificação apresentada não representava a Enfermagem no seu contexto mundial. Mas, a OMS sugeriu que um órgão internacional da enfermagem, desenvolvesse um sistema de classificação, que fosse capaz de abranger os mais diferenciados contextos da prática de enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

Assim, por vistas a essa solicitação, no Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), em 1989, foi votada e aprovada a proposta para desenvolvimento de um sistema de classificação internacional da prática de enfermagem, justificada pela falta de um sistema e de uma linguagem específica da enfermagem, que pudesse colaborar com a formulação das políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, na crescente importância das classificações médicas, e ainda no controle do seu próprio trabalho (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Desse modo, em 1990, formaram-se equipes de trabalho por meio das entidades nacionais de enfermagem dos países membros do CIE para desenvolvimento da CIPE[®], e em 1991, deu-se o primeiro passo, com o levantamento bibliográfico na literatura de enfermagem e de uma proposta junto às associações membros da CIE, a fim de identificar os sistemas de classificação utilizados pelos enfermeiros que auxiliavam a prática de enfermagem no mundo. Sendo, que em 1993, foi apresentado no Congresso Quadrienal do CIE, a análise desse levantamento, uma lista de 14 sistemas de classificação de enfermagem (GARCIA, 2015).

Dessa forma culminando, em 1996, para a divulgação da Versão Alfa da CIPE[®], que representava um marco unificador, contendo a Classificação de Fenômenos de Enfermagem (monoaxial) com termos arranjados hierarquicamente, e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (multiaxial) com termos ordenados segundo eixos, sendo os quais, tipo de ação, objetos, abordagens, meios, local do

corpo e tempo/lugar. Essa versão não apresentava assuntos relacionados aos resultados clínicos. No entanto, proporcionou comentários, observações e críticas, preponderantes para o melhoramento da CIPE® e a publicação, em 1999, da Versão Beta da CIPE® (GARCIA, 2015; CIE, 2011).

A Versão Beta era representada por uma matriz unificadora, onde as taxonomias pudessem ser identificadas, objetivando a uniformização da linguagem das práticas clínicas de enfermagem, e a inclusão da mesma na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Essa Versão, foi divulgada durante as comemorações dos 100 anos do CIE, passando a ter uma estrutura multiaxial proporcionou maior solidez à classificação, melhor expressão dos conceitos nela contidos e favoreceu sua utilização para o desenvolvimento de bases de dados em softwares de enfermagem. Além, de ser a primeira Versão a apresentar as Classificações dos fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009; TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Em 2001, após receber novas sugestões e trabalhos relacionados com a validação da CIPE® – Versão Beta, foram realizadas mudanças na classificação, relativas a correções editoriais como alterações gramaticais, acréscimo e exclusão de palavras e correção de códigos, o CIE publicou a Versão Beta 2 da CIPE® (TANNURE; PINHEIRO, 2011; CIE, 2011)

Na versão Beta e Beta 2, a Classificação das Intervenções de Enfermagem, passou a ser conceituada como Classificação das Ações de Enfermagem, visto representar o desempenho das enfermeiras na prática, outra mudança foi o enfoque multiaxial para ambas as Classificações, a dos Fenômenos e das Ações de Enfermagem, cada uma com oito eixos. A utilização dessas versões na prática, mostrou que a estrutura até então apresentada, dificultava o alcance da meta de um sistema de linguagem unificada de enfermagem e que não estava almejando as necessidades das enfermeiras (GARCIA, 2015; CIE, 2011; CARVALHO, 2009).

Em julho de 2005, no XXIII Congresso Quadrienal do ICN, foi divulgada a Versão 1.0 da CIPE®, permitindo a acomodação de vocabulários existentes, por meio do mapeamento cruzado, caracterizando-o como um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, além, de permitir o desenvolvimento de novos vocabulários locais. Essa Versão permitiu a transição da classificação de 16 eixos na Beta 2 a um modelo de 7 eixos, dessa forma, resolvendo a grande extensão de redundância e ambiguidade

inerente à Beta 2. Os sete novos eixos, segundo o CIE (2011), são representados como:

- **Foco:** a área de atenção que é relevante para a enfermagem;
- **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
- **Cliente:** sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção;
- **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente;
- **Meios:** uma maneira ou método de desempenhar uma intervenção;
- **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções;
- **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo, duração de uma ocorrência.

Destaca-se que, com a utilização desse modelo, almeja-se que os enfermeiros responsáveis pelo programa CIPE® recolham e codifiquem enunciados, provenientes da combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes, organizem e criem catálogos da CIPE®, definidos como subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, direcionados para uma determinada área da prática do enfermeiro (CIE, 2011).

A Versão seguinte, foi publicada em 2008, Versão 1.1 da CIPE®, apresentando como diferencial, um catálogo de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem com os termos pré-combinados. Entre os diagnósticos já formulados, constam os reais negativos (p.ex., capacidade intracraniana diminuída) e os reais positivos (p.ex., enfrentamento individual eficaz). Nessa mesma época, constituiu-se o domínio da enfermagem, após aprovação e inclusão da CIPE® na Família de Classificações Internacionais da OMS (GARCIA, 2015).

Já, em 2009, foi lançada a Versão 2.0 da CIPE®, por ocasião do XXIV Congresso do CIE. Essa Versão, inclui novos diagnósticos, intervenções e resultados já elaborados por enfermeiros, mantendo-se o modelo de sete eixos para combinação de termos e formulação de outros diagnósticos, intervenções e resultados, além de apresentar cerca de 400 novos conceitos, sendo 134 diagnósticos/resultados negativos, 95 diagnósticos/resultados positivos e 238

intervenções de enfermagem elaboradas por enfermeiros (GARCIA, 2015; CIE, 2011).

Assim, após a Versão 2.0, mais três versões da CIPE® foram editadas até o momento, tais como, Versão 2011 (em 2011), Versão 2013 (em 2013) e Versão 2015 (em 2015). Ambas, mantêm-se a representação multiaxial com os 7 eixos para organizar os conceitos primitivos do domínio da enfermagem (GARCIA, 2015).

Quanto a elaboração de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem usando a CIPE®, a CIE orienta a construção segundo a *International Organization for Standardization (ISO) 18104:2014 – Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem*, e no modelo de Sete Eixos da CIPE®. Segundo a ISO, define-se um diagnóstico de enfermagem como “um julgamento sobre o foco” ou como um “julgamento sobre uma dimensão particular de um foco” (ISO, 2014; GARCIA, 2015).

Para construir diagnósticos de enfermagem, é necessário o uso de um termo relacionado ao foco e de um termo relacionado ao julgamento, sendo opcional o uso dos demais elementos do modelo, como mostra a figura 2. Ressalta-se, que em alguns casos, um único descritor (p.ex., ansiedade) serve, ao mesmo tempo, como foco e como julgamento.

Figura 2 - Exemplos de diagnósticos de enfermagem com a utilização da taxonomia CIPE®.

Eixo do foco	Eixo do julgamento	Diagnóstico de enfermagem
Integridade da pele	Comprometida	Integridade de pele comprometida
Temperatura corporal	Alterada	Temperatura corporal alterada
Débito cardíaco	Risco diminuído	Risco de débito cardíaco diminuído

Fonte: TANURE; PINHEIRO (2011, p 186).

Cabe ressaltar, que até o momento foram descritas Classificações de enfermagem voltadas para o âmbito da assistência de enfermagem hospitalar, ou seja, sistemas que não incorporam termos relacionados com a atenção primária nem com a prática em serviços comunitários de saúde. Desse modo, de 1996 a 2000, foi desenvolvida uma proposta brasileira para auxiliar na construção da CIPE®, elaborada e desenvolvida pela Associação Brasileira de Enfermagem

(ABEn), denominada por Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). A CIPESC define-se por uma nomenclatura capaz de descrever os fenômenos de enfermagem identificados nas práticas de enfermagem que se dão nas diferentes realidades sociais, demográficas, econômicas e políticas do país (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Diante de tais evidências, acredita-se que a CIPE[®] favorecerá a descoberta de elementos para a prática de enfermagem oncológica em pacientes com feridas. Visto que, os elementos da prática de enfermagem da CIPE[®], nos dizem o que fazem os enfermeiros (intervenções), em face de determinadas necessidades (diagnósticos), para produzirem determinados resultados (resultados de enfermagem), além de permitir comparações entre contextos clínicos, populações específicas, áreas geográficas ou tempo; participação e identificação da enfermagem nas equipes multidisciplinares de cuidados de saúde; diferenciação da prática por níveis de preparação e experiência profissional (CARVALHO, 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. Pereira (2013) refere o estudo transversal como uma pesquisa em que a relação exposição-doença é examinada, em uma dada população, em um particular momento, fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas num dado momento.

As investigações descritivas, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população em termos quantitativos, observando como estas situações estão ocorrendo, e expressar as respectivas frequências de modo apropriado (PEREIRA, 2013).

5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto a outubro de 2015, num hospital de referência em prevenção e tratamento para o câncer no estado do Maranhão, instituição filantrópica, localizada e fundada na capital do estado desde 1976. Hospital de média complexidade, dispõe de 159 leitos para internações e oferece todas as modalidades de diagnóstico e tratamento para o câncer em níveis ambulatorial e hospitalar, além de exames de imagens e patológicos (HCMA, 2014).

A pretensão de realizar o estudo neste hospital deveu-se ao fato de ser referência para o diagnóstico e tratamento do câncer no estado do Maranhão, além de integrar o Registro de Câncer de Base Populacional fornecendo dados ao Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA).

5.3 População e amostra

A população foi constituída de 72 pacientes oncológicos com feridas internados no período da coleta de dados da pesquisa, nos setores de clínica médica feminina (24 leitos), clínica médica masculina (18 leitos), Unidade de Terapia Intensiva I (6 leitos) e Unidade de Terapia Intensiva II (4 leitos). A escolha destes setores justificou-se pela maior prevalência de admissão de pacientes oncológicos com

diagnóstico confirmado, enquanto que nas demais unidades de internação prevalece mais a admissão de pacientes em rastreamento diagnóstico (HCMA, 2014).

Considerou-se como critério de inclusão: pacientes oncológicos com feridas, admitidos nesses setores; com idade igual ou superior a 18 anos; pacientes que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; e exclusão: pacientes oncológicos sem feridas internados no período e local da coleta.

Após adoção dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se para etapas posteriores da pesquisa (histórico de enfermagem, avaliação das feridas e elaboração dos diagnósticos de enfermagem), 30 sujeitos constituíram a amostra deste estudo.

5.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora do estudo por três instrumentos: a) Levantamento dos pacientes oncológicos com feridas (Apêndice A); b) Histórico de enfermagem (Apêndice B); c) Avaliação das feridas (Apêndice C). A coleta ocorreu no horário matutino nas segundas, quartas e sextas-feiras. Esse horário justificou-se por ser o mesmo padronizado pela instituição para a higiene corporal e renovação dos curativos dos pacientes oncológicos com feridas, permitindo a execução da coleta de dados proposta. Enquanto, que a alternância dos dias se deu pela disponibilidade da pesquisadora.

Primeiramente se levantou junto à equipe de enfermagem os pacientes oncológicos admitidos no local de pesquisa que apresentavam feridas, sendo que os dados foram registrados no instrumento de levantamento dos pacientes oncológicos com feridas (Apêndice A), permitindo um controle dos pacientes oncológicos com feridas e sem feridas internados no período da coleta dos dados. Após a identificação dos pacientes com feridas, apresentou-se e esclareceu-se individualmente a cada um ou responsável (caso em que o paciente apresentava incompetência cognitiva) a proposta do estudo. Com a aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) dos sujeitos, a coleta dos dados prosseguiu com a aplicação, individual e uma única vez, do histórico de enfermagem (Apêndice B) e avaliação das feridas (Apêndice C).

O histórico de enfermagem constou de variáveis sócio demográficas, clínicas e exame físico dos pacientes oncológicos com feridas, sob a luz do histórico de enfermagem, modelo III, da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda

de Aguiar Horta (HORTA, 1979), e construído por base no modelo proposto por Santos (2014), Garcia e Cubas (2012) e Atkinson e Murray (2008). As variáveis desse instrumento foram preenchidas pela pesquisadora em dois momentos: dados de identificação coletados nos prontuários dos pacientes e dados das necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psico-espiritual, além do exame físico, diretamente com o paciente.

A avaliação das feridas se deu por um instrumento (Apêndice C) fundamentado por publicações de referência no cuidado de lesões por fricção, lesão por pressão, radiodermites, mucosites e tumorais, como a publicação do Instituto Nacional do Câncer em Tratamento e Controle de Feridas Tumorais e Lesão por pressão no Câncer Avançado (BRASIL, 2009); os guias sobre prevalência e tratamento das lesão por pressão (UP), editados pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e pelo *European Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2014 (NPUAP; EPUAP, 2014); e a abordagem interdisciplinar sobre feridas e estomas em oncologia editado e publicado pelo Grupo Oncológico de Pele (GOP) do Hospital A. C. Camargo em 2012 (MATSUBARA *et al.*, 2012). Este instrumento permitiu a avaliação das feridas quanto ao tipo, localização anatômica, classificação, dor, odor, sangramento e tempo de permanência. A coleta nesta etapa ocorreu por observação da pesquisadora, no momento da renovação dos curativos dos pacientes, pela equipe de enfermagem da unidade hospitalar.

5.5 Análise dos dados

Os dados coletados, permitiram a identificação de fenômenos que combinados aos termos dos Eixos Foco e Julgamento contidos na CIPE® Versão 2015, levaram a construção dos enunciados positivos e negativos de diagnósticos de enfermagem, estes elaborados pela pesquisadora conforme as necessidades dos sujeitos e segundo o auxílio de um quadro que contemplou três colunas: necessidades humanas básicas, fenômeno de enfermagem e diagnóstico de enfermagem (eixo foco e eixo julgamento) (Apêndice E).

Os dados quantificáveis levantados a partir das variáveis sócio demográficas e clínicas, permitiram a alimentação de um banco de dados, no qual foram tabulados para a realização descritiva, representada pela proporção e

distribuição de frequências, pelo programa Microsoft Excel ®2007, apresentados em gráficos, tabelas e quadros, discutidos a luz da literatura.

5.6 Aspectos éticos

Para atender aos critérios éticos, a pesquisa foi norteadada pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, solicitou-se uma autorização do campo de pesquisa para a coleta de dados, e após submeteu-se o projeto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, através da Plataforma Brasil, que posteriormente apreciou e aprovou a pesquisa por meio do Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer nº 1.161.269 e CAEE nº 44080115.3.0000.5087 (ANEXO A).

Após a aprovação pelo CEP, a pesquisa foi apresentada à divisão de enfermagem e a equipe de enfermagem dos setores envolvidos na coleta dos dados, da unidade hospitalar, por meio de uma reunião com o grupo no mesmo dia e horário da reunião mensal padronizada pela unidade para essa equipe de enfermagem, sendo esclarecido os objetivos, metodologia e contribuições do estudo proposto.

Em seguida, prosseguiu-se com a solicitação e a autorização para coleta dos dados pelos sujeitos da pesquisa, sendo apresentada a eles a proposta da pesquisa e demais esclarecimentos necessários e, após aceitação, a posterior leitura e assinatura dos mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

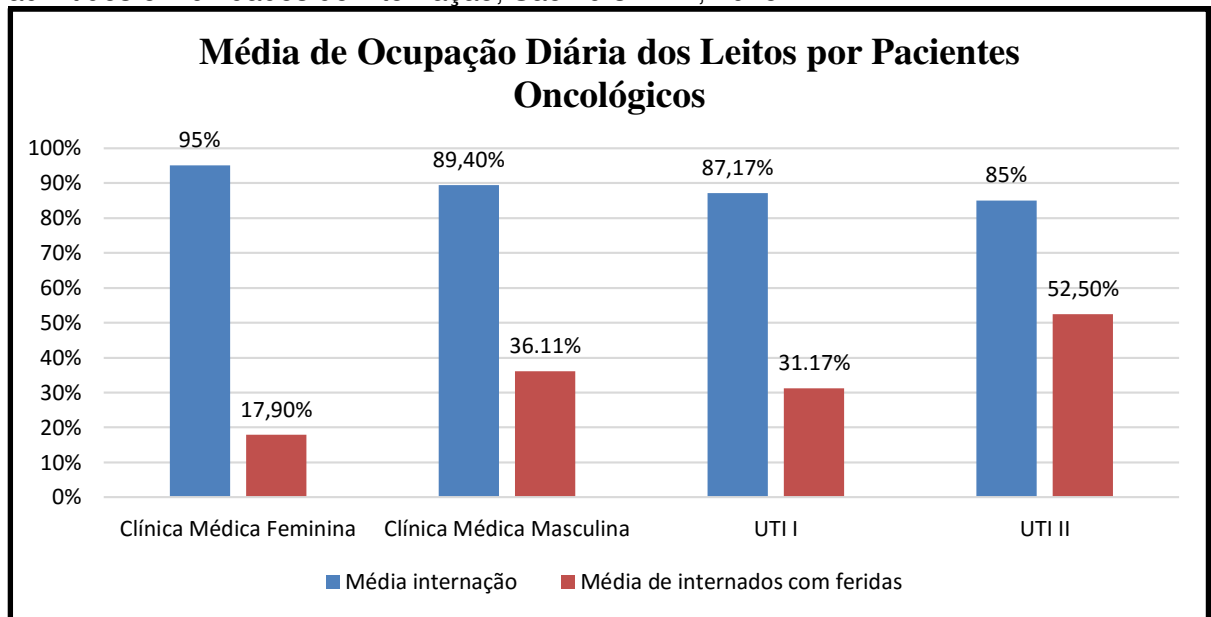
A partir dos levantamentos de dados realizados nas unidades de internação e dos sujeitos incluídos na amostra desta pesquisa, foi possível apresentar e discutir os dados, na forma de gráficos, tabelas e quadros, dispostos em quatro etapas: **levantamento e dados sócio demográficos dos pacientes oncológicos com feridas, dados da história clínica, progressa e familiar, dados das avaliações das feridas e diagnósticos de enfermagem positivos e negativos conforme as necessidades humanas básicas.**

6.1 Levantamento e dados sócio demográficos dos pacientes oncológicos com feridas

O gráfico 1 apresenta a quantificação de pacientes, levantada por meio do instrumento (Apêndice A), aplicado em todos os dias de coleta (30 dias úteis), nos setores de internação da clínica médica feminina, clínica médica masculina, UTI I e UTI II, com o propósito de identificar a quantidade de leitos ocupados nesses setores, e desses leitos quais representavam a acomodação dos pacientes oncológicos com feridas, afim de ser solicitado somente a esses pacientes a autorização de participação na pesquisa. Esse levantamento foi realizado por meio de informações fornecidas pelo enfermeiro de cada setor, e pelo instrumento de visita diária dos pacientes com feridas, utilizado pelo hospital como ferramenta de gestão em enfermagem. A quantificação e a média de ocupação dos setores, extraída a partir do levantamento diário, encontra-se na íntegra no Apêndice F.

Ressalta-se que a clínica médica feminina possui ocupação total para 24 pacientes oncológicos, a clínica médica masculina, 18, a UTI I e a UTI II, 6 e 4, respectivamente. E, que esses dois últimos setores, admitem pacientes clínicos ou cirúrgicos, oncológicos ou ainda em fase de rastreamento diagnóstico.

Gráfico 1 – Levantamento da média de ocupação diária dos leitos por pacientes oncológicos admitidos em unidades de internação, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Desse modo, observa-se no gráfico 1 que a Clínica Médica Feminina obteve uma média de internação geral (95% = 23 leitos) maior que os demais setores, e menor, em relação a internação de pacientes oncológicos com feridas (17,9% = 4 leitos). Enquanto, que essa média de internação na Clínica Médica Masculina foi pouco abaixo da metade da taxa de ocupação total do setor (36,11% = 7 leitos).

Nesse contexto, um estudo realizado na Colômbia (MANRIQUE; PEDRAZA, 2008), em uma unidade hospitalar oncológica com 90 pacientes internos, também constatou uma prevalência maior de internações femininas (n=54) e menor do sexo masculino (n=36). Fato esse, que é consonante às estimativas para novos casos de câncer dominantes na população feminina em comparação à masculina, como nos aponta as estimativas 2016/2017 apresentadas pelo INCA, 596 mil novos casos de câncer, sendo 295.200 do sexo masculino e 300.800 do sexo feminino (BRASIL, 2015b).

Embora, o levantamento realizado no período de coleta nos mostre um total de 72 pacientes com feridas, obteve-se para etapas posteriores da pesquisa (Histórico de enfermagem, avaliação das feridas e Elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem), apenas 30 sujeitos, distribuídos da seguinte forma:

- ✓ **Clínica Médica Feminina** - 6 de 16 pacientes oncológicos com feridas, autorizaram suas participações no estudo, e os demais

representam os que não consentiram a participação (4 sujeitos) e os considerados como perda (6 sujeitos), por alta hospitalar e/ou óbito.

✓ **Clínica Médica Masculina** - 23 do total de 24 pacientes oncológicos com feridas, sendo que a perda de um 1 sujeito, relacionou-se à alta hospitalar, antes mesmo que a pesquisadora tivesse a oportunidade de esclarecer os objetivos da pesquisa.

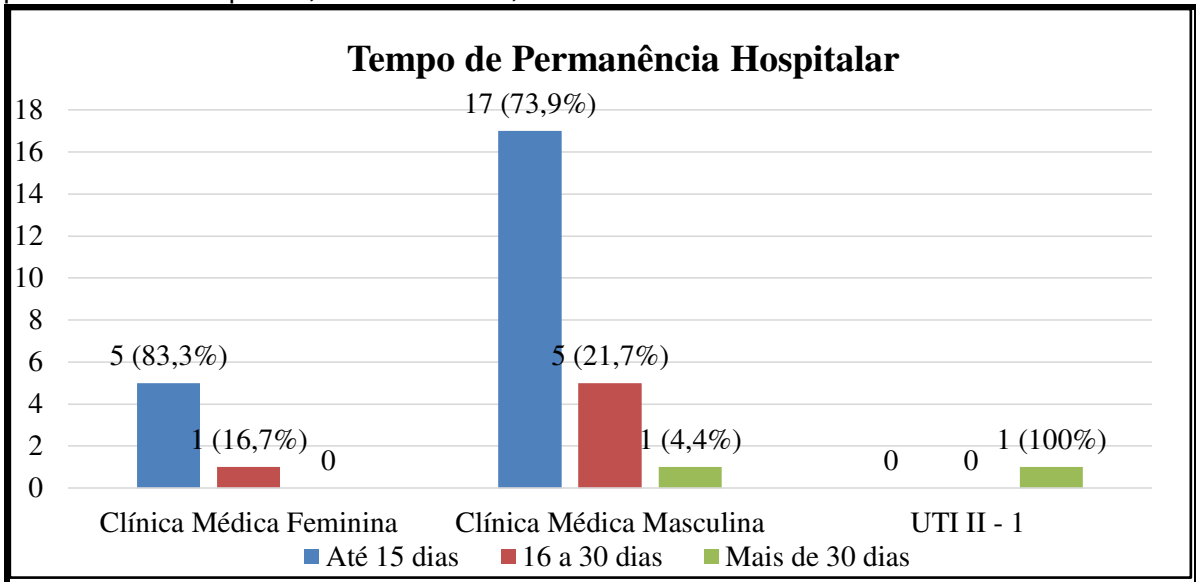
✓ **UTI I** - 20 sujeitos aptos para a inclusão na pesquisa, mas por motivo de alta (18 pacientes), óbito (1 paciente) e uma recusa em participação, não se obteve nenhum sujeito.

✓ **UTI II** - 1 de 12 pacientes, os 11 configuraram-se como perda por 3 óbitos, 7 altas/transferências e uma recusa pelo responsável.

Nota-se que o recrutamento dos sujeitos para a participação na pesquisa nos setores de Unidade de Terapia Intensiva I e II, ficou prejudicada. Obtendo-se, apenas uma autorização de participação. Justifica-se, tal fato, porque todos os pacientes, aptos à pesquisa, no período da coleta, foram transferidos para setores de internação divergentes aos da pesquisa, ou evoluíram à óbito, antes que houvesse a possibilidade de abordagem para autorização das etapas posteriores da pesquisa, ou o responsável fragilizado com o prognóstico ruim do seu ente, não autorizava a participação, ou a entrevistadora em respeito à dignidade humana e princípios éticos, não os abordavam.

Observa-se, a partir do gráfico 2 a distribuição da amostra dos 30 pacientes oncológicos com feridas, segundo o tempo de permanência hospitalar, no qual percebe-se uma predominância do período de até 15 dias de internação hospitalar para os pacientes admitidos nas clínicas médicas, feminina 5 (83,3%) e masculina 17 (73,9%).

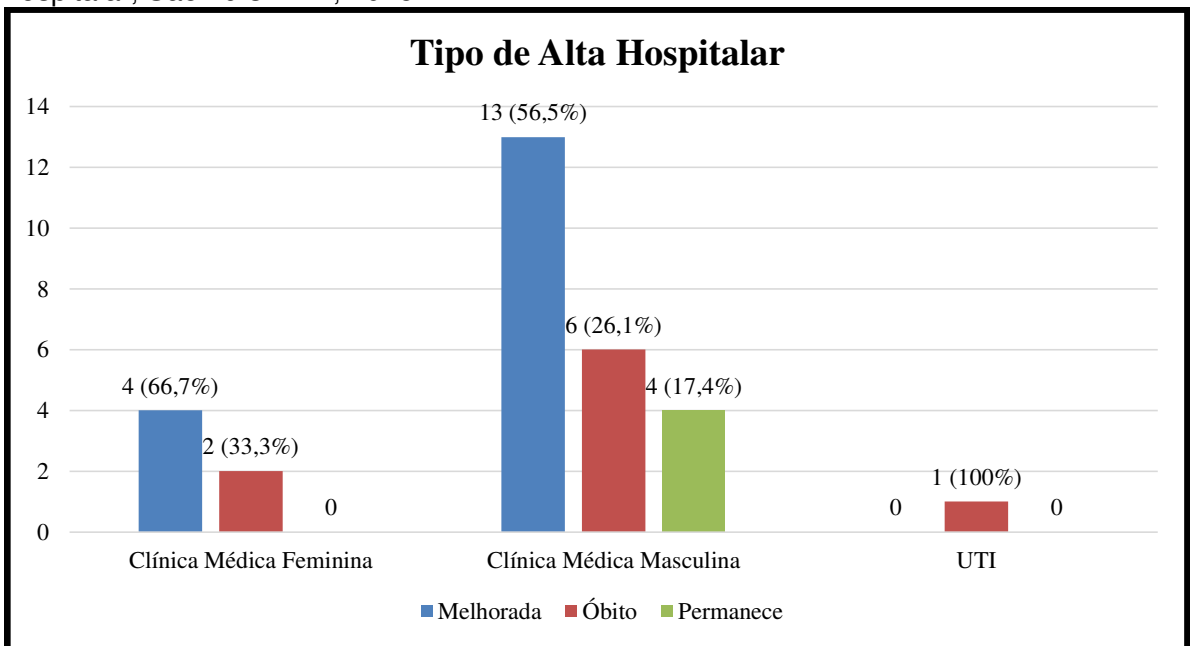
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o tempo de permanência hospitalar, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Identifica-se, no gráfico 3, um número expressivo de alta hospitalar do tipo melhorada (4=66,7%) ou óbitos (2=33,3%) ocorridos no setor de clínica médica feminina, levando a uma provável justificativa do período de internação menor dos sujeitos, apontados no gráfico 2.

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o tipo de alta hospitalar, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Sabe-se que atualmente, o câncer configura-se como um problema de saúde pública devido a sua crescente incidência e mortalidade, como já apontado anteriormente. Fato esse justifica-se por diversos fatores que impedem os cidadãos de países em desenvolvimento de buscarem uma saúde preventiva, a fim de evitar a propagação avançada de uma doença, como o câncer, que quando tratado em fase inicial as chances de cura se tornam bem maiores. Desse modo, muitas internações em períodos curtos, de até 15 dias se configuram por óbitos e pelas modalidades de internações clínicas relacionadas ao suporte clínico e/ou tratamento do tipo quimioterápico e radioterápico. Visto que, são poucas as neoplasias tratadas com apenas uma modalidade terapêutica, a maioria necessita de uma assistência de rede integralizada, do tipo ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2015a).

A partir dos itens de identificação do Histórico de Enfermagem (Apêndice B), direcionado aos 30 sujeitos participantes na pesquisa, pode-se levantar a caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo variáveis do tipo sexo, idade, procedência da internação, naturalidade, número de filhos, cor, estado civil, nível de escolaridade, profissão, renda familiar e religião.

Depreendeu-se, conforme demonstrado na tabela 1, que os pacientes oncológicos com feridas concentram-se em pessoas do sexo masculino (21=70%), na faixa etária dos 49 aos 59 anos (13=43,3%), procedentes do setor de pronto atendimento do hospital, SPA, ou seja, a maioria (13=43,3%) foi admitida no hospital por complicações emergenciais decorrentes do câncer, e posteriormente foram transferidos para as unidades clínicas de internação.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo variáveis sócio demográficas, São Luís - MA, 2015.

Caracterização	N=30	%
Sexo		
Feminino	9	30
Masculino	21	70
Idade		
18-39 anos	7	23,3
40-59 anos	13	43,3
60-79 anos	9	30
80 e mais anos	1	3,4
Procedência		
Domicílio	10	33,3
Outra unidade hospitalar	2	6,7
Outro setor de internação	5	16,7
SPA	13	43,3
Naturalidade		
Capital	3	10
Interior	27	90
Nº de filhos		
0-5	21	70
6-10	7	23,3
11-15	2	6,7
Cor		
Branca	7	23,3
Negra	9	30
Parda	14	46,7
Estado civil		
Casado	11	36,7
Divorciado	1	3,4
Solteiro	9	30
União consensual	5	16,6
Víuvo	4	13,3
Escolaridade		
Analfabeto	7	23,3
Fundamental completo	1	3,4
Fundamental incompleto	14	46,6
Médio completo	7	23,3
Médio incompleto	1	3,4
Profissão		
Lavrador	15	50
Soldador	2	6,7
Outras profissões	13	43,3
Renda		
<1 salário mínimo	6	20
1-2 salários mínimos	21	70
3-7 salários mínimos	3	10
Religião		
Católico	14	46,7
Evangélico	16	53,3
TOTAL	30	100

Fonte: autoria própria, 2016.

Destaca-se ainda na mesma tabela, que muitos dos pacientes possuem naturalidade do interior do estado (27=90%), com até cinco filhos (21=70%), predominância na cor parda (14=46,7%), casados (11=36,7%), nível de escolaridade baixo caracterizado pelo ensino fundamental incompleto (16=46,6%), lavradores (15=50%), com renda de até 2 salários mínimos (21=70%) e evangélicos (16=53,3%).

O baixo nível de instrução, correspondente aos analfabetos (7=23,3%) e fundamental incompleto (14=46,6%), pode estar relacionado diretamente ao tipo de profissão predominante, do tipo lavrador (15=50%), e à baixa renda salarial de 1 a 2 salários mínimos (21=70%).

A caracterização desses dados sociais e demográficos demonstrados, neste estudo, reiteram e compartilham da mesma estruturação de outros estudos, que apontam uma predominância de internação hospitalar de indivíduos oncológicos casados, com faixa etária variando de 40 a 59 anos, ensino fundamental incompleto e baixa renda salarial (MANRIQUE; PEDRAZA, 2008; PRIMO *et al.*, 2010; MACAVOY; MORITZ, 1992).

Esses mesmos estudos observaram dados divergentes ao desta pesquisa, no que tange a predominância do sexo e do tipo de religião, feminino ao invés de masculino e católicos em contrapartida aos evangélicos. Mas, ressalta-se que esses achados foram identificados, porque no período de coleta de dados, predominava a internação de pacientes oncológicos com feridas do sexo masculino, e quando questionados sobre a religiosidade, muitos afirmaram que se tornaram evangélicos após o diagnóstico do câncer, mas que antes eram católicos.

Nota-se que esse comportamento de enfrentamento da doença a partir do bem-estar espiritual e da religiosidade, nos indica que pacientes com câncer tendem a usar seus mecanismos de defesa para superar a adversidade inerente à sua condição clínica (MANRIQUE; PEDRAZA, 2008).

Percebe-se, também, que a procedência dos pacientes pelo serviço de pronto atendimento, se deu pelas complicações e reações adversas decorrentes do tratamento oncológico e/ou do avançar maligno da doença, sendo esses pacientes em sua maioria de cor parda e com até 5 filhos. Desse modo, notou-se em entrevista a uma população de 157 pacientes oncológicos, que 105 tinham cor parda e paridade prevalente entre 1 a 6 filhos (PIMENTEL, 2014).

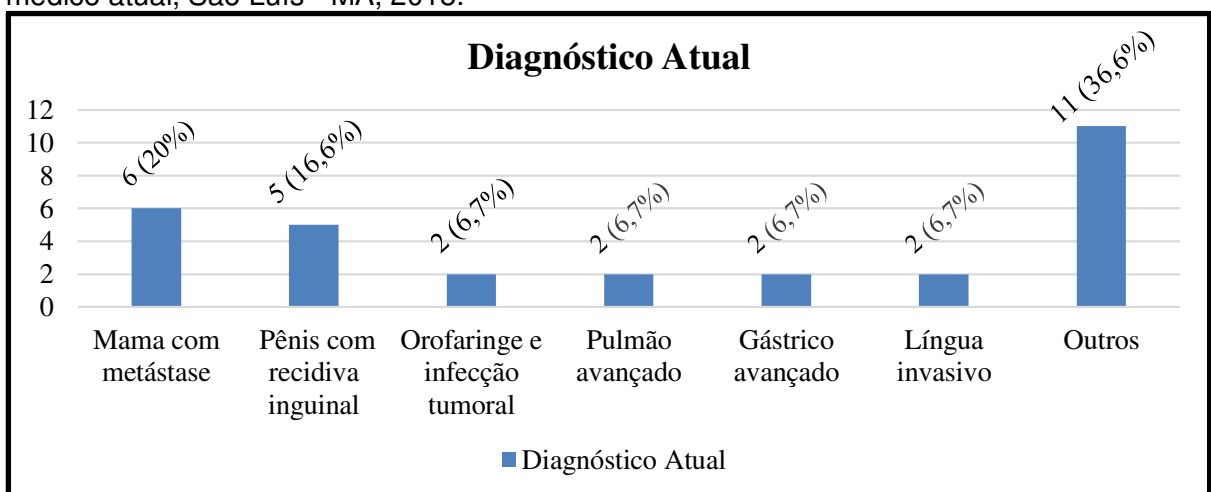
6.2 História clínica, progressa e familiar dos pacientes oncológicos com feridas

Os dados coletados a partir da história clínica, progressa e familiar dos pacientes oncológicos com feridas, permitiram a caracterização desses pacientes quanto ao diagnóstico atual e às variáveis contemplativas ao motivo da internação hospitalar, tempo corrido entre o diagnóstico inicial e o atual, comorbidades associadas, alergia, tabagismo, etilismo e história familiar de câncer.

Isso posto, verifica-se no gráfico 4 que o diagnóstico atual de câncer mais presente entre os 30 pacientes, configurou-se por câncer de mama com metástase (6=20%) e câncer de pênis com recidiva inguinal (5=16,6%), seguido em proporção igual (2=6,7%) por cânceres de orofaringe com infecção tumoral, pulmão avançado, gástrico avançado e língua invasivo. Além, de outros 11 (11=36,6%) diagnósticos apresentados isoladamente aos demais pacientes, sendo esses: câncer de pele com recidiva inguinal, próstata, vulva, epidermóide diferenciado, maligno de ânus e canal anal, metástase óssea com primário oculto, leucemia linfóide aguda, linfoma não Hodgkin, maligno de órbita, sarcoma pleomórfico de glúteo e partes moles.

No entanto, notou-se uma prevalência maior de diagnósticos de câncer com prognóstico ruim (24=80%), por serem do tipo avançado, maligno e/ou invasivo. Dessa forma, estudos americanos corroboram com tais achados, ao afirmarem uma estatística de 5% a 10% de pacientes com câncer em metástase evoluíram com feridas. Sendo, essas feridas originárias do tumor primário, secundário ou recidivado, muitas vezes associadas ao câncer de pele, mama e cabeça e pescoço (NAYLOR, 2003).

Gráfico 4 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo o diagnóstico médico atual, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Durante o levantamento dos dados, percebeu-se entre os relatos desses pacientes, que a maioria buscou atendimento médico especializado no estágio já avançado da doença, por falta de recursos nos seus municípios de origem, no que tange a promoção, prevenção e tratamento para o câncer.

O tempo corrido entre o diagnóstico inicial e o atual, correspondente de 1 a 6 meses (11=36,7%) é o mais evidente entre os pacientes inseridos na pesquisa, como observa-se na tabela 2. Dessa forma, uma análise de conceito realizada por Rodrigues (2004), apontou que o diagnóstico de câncer ocorre em fase avançada da doença, proveniente dos desafios em relação à abrangência das estratégias e recursos destinados ao diagnóstico precoce.

Ainda na mesma tabela, pode-se inferir que o principal motivo para as internações foram a dor, isoladamente correspondendo a 13,3% (4) dos sujeitos, ou associada a outras intercorrências com 36,7% (11).

Justifica-se esse achado às estatísticas, que referem a dor como sintoma comum entre os pacientes com câncer, 70% a 90% desses pacientes em estágios avançados e progressivos da doença relatam dor oncológica (WEINGART *et al.*, 2012). Dor essa em razão da própria patologia, por causa dos efeitos que provoca ou devida ao tratamento anticâncer ou ainda de doenças não oncológicas concomitantes (CARVALHO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

No que concerne, às demais variáveis propostas neste item, verifica-se na tabela 2, que o tratamento clínico e radioterápico predominou como plano terapêutico dos pacientes (8=26,6%), e muitos desses pacientes negaram comorbidades associadas (21=70%), alergia (30=100%) e histórico familiar de câncer (18=60%). Mas, afirmaram serem tabagistas (16=53,3) e etilistas (18=60%).

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes oncológicos com feridas, segundo variáveis da história clínica, progressiva e familiar, São Luís - MA, 2015.

Caracterização		N=30	%
Motivo da internação			
	Dor	4	13,3
	Dor e outros	11	36,7
	Infecção de ferida tumoral	2	6,7
	Infecção de ferida tumoral e outros	5	16,7
	Outros motivos	8	26,6
Tempo de diagnóstico			
	Menos de 1 mês	6	20
	1 a 6 meses	11	36,7
	7 a 12 meses	7	23,3
	Mais de 12 meses	6	20
Tratamento atual			
	Clínico	6	20
	Clínico e Cirúrgico	3	10
	Clínico e Quimioterapia	7	23,3
	Clínico e Radioterapia	8	26,6
	Quimioterapia	3	10
	Radioterapia	1	3,4
	Quimioterapia e Radioterapia	2	6,7
Comorbidades			
	Sim	9	30
	Não	21	70
Alergia			
	Sim	-	-
	Não	30	100
Tabagismo			
	Sim	16	53,3
	Não	14	46,7
Etilismo			
	Sim	18	60
	Não	12	40
Histórico familiar de Câncer			
	Sim	12	40
	Não	18	60
TOTAL		30	100

Fonte: autoria própria, 2016.

A quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia, configuram-se como as principais modalidades terapêutica para o câncer, combinadas ou não. Sendo, que a

quimioterapia antineoplásica é o emprego de substâncias químicas com o propósito de tratar as neoplasias malignas, mas atua de forma inespecífica, atingindo tanto as células normais como as cancerígenas (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

Ainda segundo os mesmos autores, a radioterapia, tratamento por meio de radiação ionizante, é mais frequentemente empregada no tratamento do câncer, podendo também ser utilizada no controle de processos inflamatórios e de tumores benignos, e alívio ou redução de sintomas como dor, sangramento e compressões tumorais a órgãos vitais.

O tabagismo e o etilismo são considerados fatores de risco para o câncer, com risco elevado em 30 vezes, quando esses dois fatores estão associados. Um estudo realizado por Melo *et al.* (2010), buscou a avaliação dos hábitos de riscos de pacientes com câncer de boca e faringe, e mostrou que 93,5% eram tabagistas e 76,9% etilistas.

Verifica-se nos achados que 18 dos 30 pacientes deste estudo negam histórico de câncer na família, informação essa que confirma outras evidências científicas, que indicam a manifestação do câncer à fatores ambientais e extrínsecos ao indivíduo, sendo a dieta e o fumo como um desses fatores mais prevalentes. Autores, destacam entre estudos, que uma dieta adequada pode prevenir até 4 milhões de casos novos de cânceres (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

6.3 Avaliação das feridas dos pacientes oncológicos

Os resultados desta investigação, expressos nas tabelas 3, 4 e 5, e nos gráficos 5 e 6, destacam que entre os 30 participantes da pesquisa, o tratamento do tipo paliativo (16=53,3%) era o mais indicado para os cuidados de enfermagem às feridas manifestadas nos pacientes. Infere-se, ainda, que a maioria desses pacientes, apresentavam apenas 1 tipo de ferida (17=56,7%), seja neoplásica, lesão por pressão, radiodermite, mucosite, lesão por fricção, cirúrgica ou neuropática, e o profissional, mais evidente, responsável pela execução do curativo dessas feridas, era somente o enfermeiro (21=70%), como mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de identificação, São Luís - MA, 2015.

Caracterização	N=30	%
Tipo de tratamento		
Não paliativo	14	46,7
Paliativo	16	53,3
Quantidade de feridas por paciente		
1 tipo	17	56,7
2 tipos	8	26,7
3 ou mais	5	16,6
Profissional envolvido no curativo		
Enfermeiro	21	70
Técnico de enfermagem	6	20
Enfermeiro e técnico de enfermagem	1	3,3
Nenhum profissional	2	6,7
TOTAL	30	100

Fonte: autoria própria, 2016.

Sabe-se que a integridade da pele é primordial para a saúde de qualquer indivíduo, mas quando se trata de um cliente oncológico, devemos promover um planejamento de cuidado de enfermagem especial, visto que esse cliente possui um maior risco de desenvolver feridas e complicações relacionadas à dificuldade da cicatrização. Sendo que o tratamento das feridas neoplásicas, visa a prevenção e o controle dos desconfortos relacionados a essas feridas, pois a cicatrização é uma consequência possível, mas não é a meta do tratamento (CARVALHO; PARSONS, 2012).

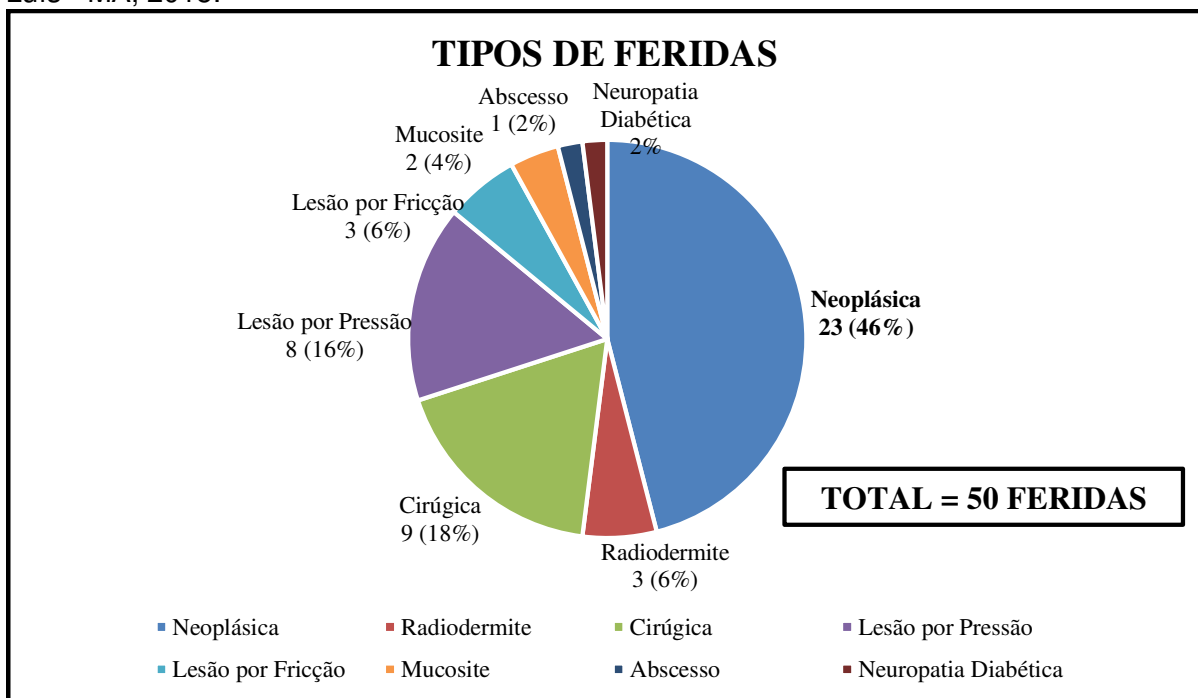
Nessa mesma perspectiva, confirmando os achados deste estudo, uma análise comparativa entre pacientes oncológicos e pacientes não oncológicos, concluiu que há uma elevada incidência de feridas crônicas não cicatrizadas dentre pacientes oncológicos, quando comparados aos não-oncológicos (MCNESS; MENESES, 2007).

E, no que tange aos cuidados destinados às feridas desses pacientes, o Conselho Federal de Enfermagem, regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências, por meio da resolução COFEN nº 0501 de 2015 (COFEN, 2015). Nessa resolução, fica estabelecido que é competência do enfermeiro realizar curativos de feridas em estágio III e IV, e os curativos de estágio III, após a avaliação, poderão ser delegados ao Técnico de Enfermagem. Assim, percebe-se uma conformidade da resolução e a prática dos

cuidados de enfermagem ao paciente portador de ferida, no local deste estudo, visto que 21 dos 30 pacientes tinham uma assistência de enfermagem executada por um enfermeiro.

Avaliou-se por meio do instrumento de avaliação das feridas dos pacientes oncológicos (Apêndice C), de forma observacional, no momento da execução do curativo pelo profissional responsável, 50 feridas manifestadas nos sujeitos deste estudo apresentadas no gráfico 5, no qual, a ferida neoplásica (23=46%) foi a mais incidente entre esses pacientes, seguida das feridas cirúrgicas (9=18%) e das lesões por pressão (8=16%).

Gráfico 5 – Distribuição dos tipos de feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Esperava-se como hipótese uma incidência elevada da manifestação das feridas neoplásicas na população deste estudo, visto que a maioria se encontrava em estágio avançado da doença, e nessa fase tem-se uma prevalência maior dessas feridas. Estudo realizado numa unidade de oncologia clínica da unidade de referência em oncologia da Grande Florianópolis, confirma os achados deste estudo, pois no levantamento realizado em 40 fichas de pacientes oncológicos com feridas, constatou que 32% equivaliam-se somente as feridas neoplásicas, seguidas de incisão cirúrgica (12%) e lesão por pressão (12%) (DIAS, 2009).

Observa-se na tabela 4, dados referentes as variáveis de avaliação das feridas mais prevalentes nos pacientes deste estudo, sendo essas do tipo neoplásicas, cirúrgicas e lesão por pressão.

Tabela 4 – Caracterização das feridas mais prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís - MA, 2015. (Continua...)

Neoplásicas		N=23	%
Localização			
	Cabeça e pescoço	7	30,4
	Inguinal	4	17,4
	Genitália	3	13,1
	Coxa superior interna	3	13,1
	Trocânter	2	8,7
	Mama	2	8,7
	Torác	1	4,3
	Glúteo	1	4,3
Classificação			
	Estágio 1	0	0
	Estágio 1N	2	8,7
	Estágio 2	7	30,4
	Estágio 3	12	52,2
	Estágio 4	2	8,7
Tempo de lesão			
	Até 30 dias	7	30,4
	1 a 3 meses	3	13,1
	Mais de 3 meses	13	56,5
Número de trocas			
	1 troca	8	34,8
	2 trocas ou mais	13	56,5
	Nenhuma	2	8,7
Dor			
	Ausência de dor	7	30,4
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	5	21,7
	Dor durante e após o curativo	11	47,9
TOTAL		23	100
Cirúrgicas		N=9	%
Localização			
	Cervical	1	11,1
	Tórax / Abdômen	5	55,5
	Inguinal	1	11,1
	Membros inferiores	2	22,3
Classificação			

Tabela 4 – Caracterização das feridas mais prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís - MA, 2015. (Conclusão)

	Fechada	5	55,5
	Aberta	4	44,5
Cirúrgicas		N=9	%
Tempo de lesão			
	Até 15 dias	2	22,3
	15 a 30 dias	4	44,5
	Mais de 30 dias	3	32,3
Número de trocas			
	1 troca	6	66,7
	2 trocas ou mais	3	32,3
Dor			
	Ausência de dor	8	88,9
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	1	11,1
	Dor durante e após o curativo	0	0
TOTAL			
		9	100
Lesão por pressão			
		N=8	%
Localização			
	Região sacra	4	50
	Calcâneos	4	50
Classificação			
	Não classificável	2	25
	Categoria I	1	12,5
	Categoria II	1	12,5
	Categoria III	4	50
Tempo de lesão			
	Até 30 dias	5	62,5
	1 a 3 meses	3	37,5
Número de trocas			
	1 troca	6	75
	Nenhuma	2	25
Dor			
	Ausência de dor	6	75
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	0	0
	Dor durante e após o curativo	2	25
TOTAL			
		8	100

Fonte: autoria própria, 2016.

As feridas neoplásicas, segundo Firmino (2005), definem-se pelo comprometimento da integridade da pele, ocasionado pelo desenvolvimento de lesões

em estágios iniciais da doença, como no câncer de pele, ou em estágios avançados, pela infiltração de células malignas do tumor na estrutura da pele. Essas feridas são ainda conhecidas como fungóides, oncológicas ou tumorais, e ocorrem mais entre os cânceres de pele, mama e de cabeça e pescoço.

Ressalta-se, que embora o diagnóstico de câncer atual mais prevalente na população deste estudo, fora o de mama e o de pênis, a localização das feridas neoplásicas predominou na região de cabeça e pescoço (7=30,4%), com classificação de estágio 3 (12=52,2%) segundo o estadiamento proposto por Hasfield e Baxendale (1999, apud MATSUBARA *et al.*, 2012), e manifestas por mais de 3 meses (13=56,5%). As feridas neoplásicas manifestaram-se em apenas 2 pacientes com câncer de mama deste estudo, os outros 4 pacientes com esse mesmo diagnóstico apresentaram outros tipos de feridas.

De modo geral, as feridas neoplásicas apresentam características que vão de sangramento leve a intenso, exsudação intensa, odor fétido peculiar, dor e raramente prurido (AZEVEDO; COSTA; HOLANDA, 2012). Tais manifestações, também foram observadas, pois devido ao exsudato intenso os curativos eram feitos de 2 ou mais vezes ao dia (13=56,5%), além dos pacientes, referirem dor durante e após a execução do curativo (11=47,9%).

Com relação as feridas cirúrgicas, constatou-se que em sua maioria localizavam-se, na região torácica ou abdominal (5=55,5%), classificadas como fechadas (5=55,5%), com tempo superior a 15 dias (4=44,5%), renovação do curativo uma vez ao dia (6=66,7%) e ausência de dor durante e após o procedimento do curativo (8=88,9%). Essas feridas foram provenientes de biopsias, laparotomias exploradoras, punção de abdômen ascítico e retirada de drenos.

As lesão por pressão (UP) são definidas como uma lesão na pele ou tecidos subjacentes, sobre uma proeminência óssea, proveniente de pressão ou pressão em combinação com força de cisalhamento e fricção, com uma série de fatores que ainda não são bem definidos (EPUAP; NPUAP, 2014; BRASIL, 2009). A avaliação das lesões por pressão dos participantes desta pesquisa, seguiu a classificação descrita pelo Guidelines internacional para o tratamento e prevenção de lesão por pressão (EPUAP; NPUAP, 2014).

Inferiu-se da avaliação, que as lesão por pressão prevaleceram nas regiões sacra (4=50%) e calcânea (4=50%), sendo classificadas na categoria III (4=50%), com

tempo de manifestação de até 30 dias (5=62,5%), renovação do curativo uma vez ao dia (6=75%) e ausência de dor durante e após o procedimento do curativo (6=75%).

Pesquisa realizada numa população de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (QUEIROZ, 2013) constatou dados semelhantes ao deste estudo, identificando uma prevalência de 18,8% de UP entre 64 participantes, sendo 14 (73,7%) na região sacra e 9 (47,4%) na calcânea, classificadas na categoria III.

Alguns fatores relacionados à patologia do câncer contribuem para o surgimento de UP, tais como: diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença de base, alterações sistêmicas como no caso do hipermetabolismo (gasto energético em repouso), caquexia neoplásica pela depleção de proteína e nutrientes, e extremos de idade (BRASIL, 2009).

As feridas dos tipos lesões por fricção, mucosites, radiodermites e neuropatia diabética, prevaleceram em menor frequência nos pacientes, como descritas na tabela 5. Feridas essas que se destacaram da seguinte forma:

✓ **As lesões por fricção** – apresentaram-se em membros superiores (2=66,7%), categorizadas como 2a (2=66,7%), evidentes por até 7 dias (2=66,7%), sem realização de curativo (2=66,7%) e relato de ausência de dor (3=100%);

✓ **As mucosites** – predominaram em proporção igual em região do palato (1=50%) e assoalho e língua (1=50%), classificadas em grau II (1=50%) e III (1=50%), manifestas em até 7 dias (1=50%) ou de 7 a 15 dias (1=50%), sem conduta ou orientação alguma de limpeza por um profissional da saúde (2=100%) e com manifestação de dor durante e após a ingestão de alimentos ou líquidos (1=50%) ou ausência de dor (1=50%);

✓ **As radiodermites** – prevaleceram em região genital (2=66,7%), com frequências avaliativas iguais, tais quais: classificação de grau I, aparentes por até 7 dias, sem realização de curativo ou conduta de prevenção tópica e ausência de dor;

✓ **A neuropatia diabética** – evidenciou-se em apenas um sujeito do estudo, em região plantar, grau III, aparente por mais de 3 meses, com troca diária de uma vez ao dia do curativo e ausência de dor durante e após o procedimento.

Tabela 5 – Caracterização das feridas menos prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís - MA, 2015. (Continua...)

Lesão por Fricção		N=3	%
Localização			
	Escapular	1	33,3
	Membros Superiores	2	66,7
Classificação			
	2ª	2	66,7
	2b	1	33,3
Tempo de lesão			
	Até 7 dias	2	66,7
	7 a 15 dias	1	33,3
Número de trocas			
	1 troca	1	33,3
	Nenhuma	2	66,7
Dor			
	Ausência de dor	3	100
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	0	0
	Dor durante e após o curativo	0	0
TOTAL		3	100
Mucosite		N=2	%
Localização			
	Palato	1	50
	Assoalho e língua	1	50
Classificação			
	II	1	50
	III	1	50
Tempo de lesão			
	Até 7 dias	1	50
	7 a 15 dias	1	50
Número de trocas			
	1 troca	0	0
	Nenhuma	2	100
Dor			
	Ausência de dor	1	50
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	0	0
	Dor durante e após o curativo	1	50
TOTAL		2	100

Tabela 5 – Caracterização das feridas menos prevalentes apresentadas pelos pacientes oncológicos, segundo variáveis de avaliação, São Luís - MA, 2015. (Conclusão)

Radiodermite		N=3	%
Localização			
	Região genital	2	66,7
	Região toráx	1	33,3
Classificação			
	Grau 1	2	66,7
	Grau 3	1	33,3
Tempo de lesão			
	Até 7 dias	2	66,7
	7 a 15 dias	1	33,3
Número de trocas			
	1 ou mais trocas	1	33,3
	Nenhuma	2	66,7
Dor			
	Ausência de dor	2	66,7
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	0	0
	Dor durante e após o curativo	1	33,3
TOTAL		3	100
Neuropatia diabética		N=1	%
Localização			
	Região plantar do pé direito	1	100
Classificação			
	Grau 3^a	1	100
Tempo de lesão			
	Mais de 3 meses	1	100
Número de trocas			
	1 vez	1	100
Dor			
	Ausência de dor	1	100
	Dor durante o curativo	0	0
	Dor após o curativo	0	0
	Dor durante e após o curativo	0	0
TOTAL		1	100

Fonte: autoria própria, 2016.

As lesões por fricção apresentaram-se em baixa prevalência, tal qual como nesta pesquisa, numa análise realizada em 157 pacientes oncológicos internados no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), eles identificaram uma prevalência de 3,3% e concluíram que essas lesões constituem um problema para o

paciente com câncer, por estarem associadas a menor independência e autonomia para o autocuidado, à presença de comportamento agitado ou irresponsividade, assim como ao maior risco para o desenvolvimento concomitante de lesão por pressão, sendo a fricção um fator comum na gênese de ambas as lesões (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012).

A mucosite causa intenso desconforto ao paciente oncológico, interfere no seu estado sistêmico, principalmente nutricional, favorece infecções locais e pode levar a infecção sistêmica por agentes que atingem a corrente sanguínea a partir das lesões na boca. Esse tipo de ferida refere-se ao processo inflamatório que envolve as membranas da cavidade oral e gastrointestinal, sendo que a oral está presente em cerca de 90% dos pacientes que recebem radioterapia em cabeça e pescoço e em 35% a 40% dos que recebem quimioterapia (ALBUQUERQUE; CAMARGO, 2007).

As radiodermites ou radiodermatite manifestas nos participantes deste estudo, foram classificadas em grau 1 (2=66,7%) segundo a escala de graduação de toxicidade da pele do paciente, que pode variar de 0 a 4, conforme critérios do *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG). Sendo, essa ferida definida por lesões cutâneas provenientes da exposição excessiva ao tratamento e exposição à radiação ionizante, e considerada como queimadura complexa que ocorre das estruturas internas às externas, podendo decorrer de complicações secundárias ou iatrogênicas pós-tratamento, levando a complicações secundárias como infecção local (BRASIL, 2008; BLANCK; GIANNINI, 2014).

A gravidade e a ocorrência dessas lesões dependem da patologia envolvida, local de tratamento, sofrendo maior risco as áreas de dobras, umidade e atrito, volume do tecido irradiado, estado nutricional do paciente, dose acumulada e dose total, tipo de radiação utilizada e fatores individuais (MATSUBARA *et al.*, 2012). Isso posto, justifica-se o aparecimento da localização da radiodermite nos participantes desta pesquisa, regiões genital e torácica (mama), locais esses de áreas de dobras e umidade. Do mesmo modo, um outro estudo corrobora com esse resultado, pois constatou no 25º dia de radioterapia de clientes oncológicos, a presença de radiodermite em 45 dos 51 estudados (SCHNEIDER, 2012).

A neuropatia diabética como já descrito, apresentou-se em apenas 1 dos 30 participantes do estudo, sendo classificada como neuropatia autonômica de grau 3a, segundo a classificação de Wagner (CAIAFA; CANONGIA, 2003) e relacionada a comorbidade já presente no paciente antes do diagnóstico de câncer.

6.4 Diagnósticos de enfermagem positivos e negativos conforme as necessidades humanas básicas em pacientes oncológicos com feridas

No levantamento de dados, realizado a partir do Histórico de Enfermagem (Apêndice B), pode-se extrair fenômenos de enfermagem, que combinados conforme orientação do Modelo de terminologia de Referência para a Enfermagem, proposta pela ISO 18104:2014 (ISO, 2014), e nos eixos foco e julgamento, da CIPE® versão 2015 (ICN, 2015), pode-se elaborar enunciados diagnósticos para a prática de enfermagem em pacientes oncológicos internados com feridas.

Esses enunciados diagnósticos foram organizados e categorizados conforme as necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, propostas pela teoria das necessidades humanas básicas de Horta. No qual, ela nos revela que os fenômenos de enfermagem são manifestações que se mostram por sinais e sintomas, as quais se compreendem na individualidade de cada ser e traduzem-se na precisão do cuidado do profissional enfermeiro (HORTA, 1979).

Ressalta-se que para a discussão deste item, foi necessário adicionar estudos de classificações diagnósticas, intervenções e resultados de enfermagem variados, ampliar estudos que envolvessem pacientes oncológicos e não oncológicos hospitalizados, independente de terem ou não feridas, visto que geralmente, esses pacientes possuem as mesmas necessidades humanas básicas e fenômenos relacionados, e que as publicações restritas ao levantamento de diagnóstico de enfermagem ao cliente oncológico, ainda é escassa.

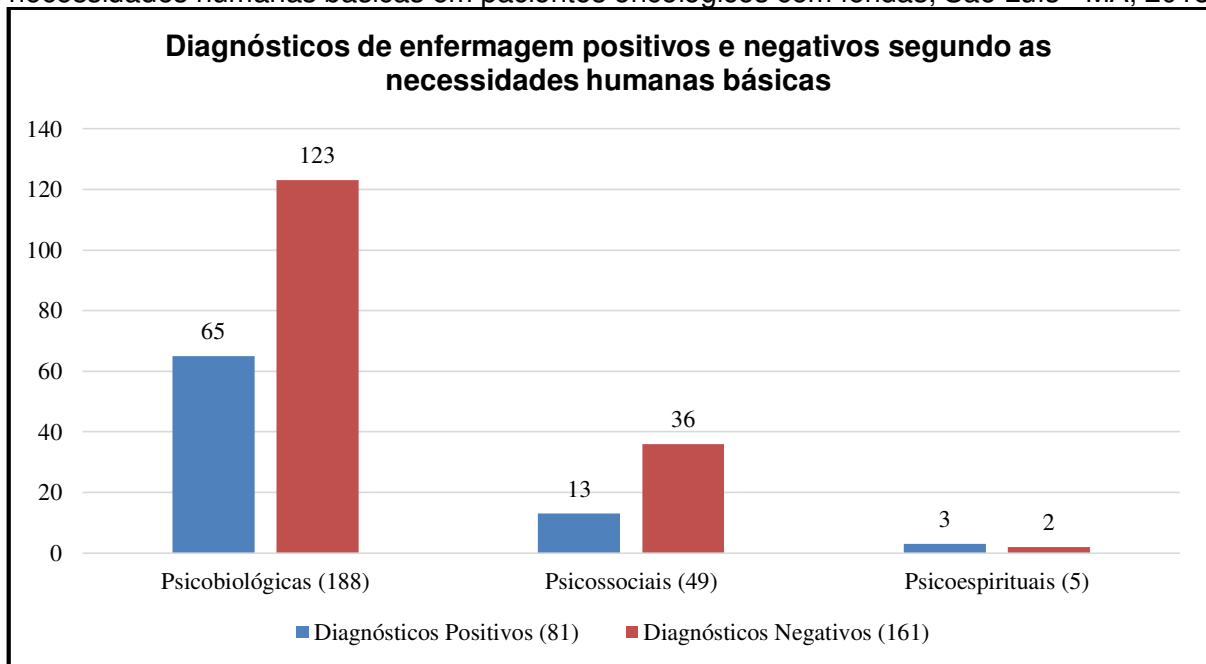
Essa temática, cientificamente incipiente, foi identificada por meio de um estudo de revisão integrativa, com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem mais comuns entre adultos/idosos hospitalizados com câncer, realizada em 2013 por Jomar e Bispo (2014), em cinco bases eletrônicas de dados, que resultou em apenas 9 artigos, sendo 4 em língua inglesa e cinco em língua portuguesa.

Assim, os 242 enunciados de diagnósticos de enfermagem construídos, distribuíram-se em enunciados positivos e negativos, conforme dispõem-se nos gráficos 6, 7, 8 e 9, sendo que **161 compuseram os negativos**, categorizados em **necessidades psicobiológicas (n=123)**: sono e repouso (n=6), nutrição (n=14), hidratação (n=5), eliminação (n=15), cuidado corporal (n=8), atividade física (n=3), sexualidade (n=6), integridade física (n=22), habitação (n=6), terapêutica/exame (4), oxigenação (n=8), regulação vascular (n=11), sensopercepção (n=13) e regulação

neuroológica (n=2); **necessidades psicossociais (n=36)**: segurança emocional (n=13), amor, aceitação, participação e autorrealização (n=5), gregária, recreação e lazer (n=4), autoestima e autoimagem (n=4), percepções e expectativas (n=6) e comunicação (n=4); **necessidades psicoespirituais (n=2)**: espiritualidade (n=1) e religiosidade (n=1).

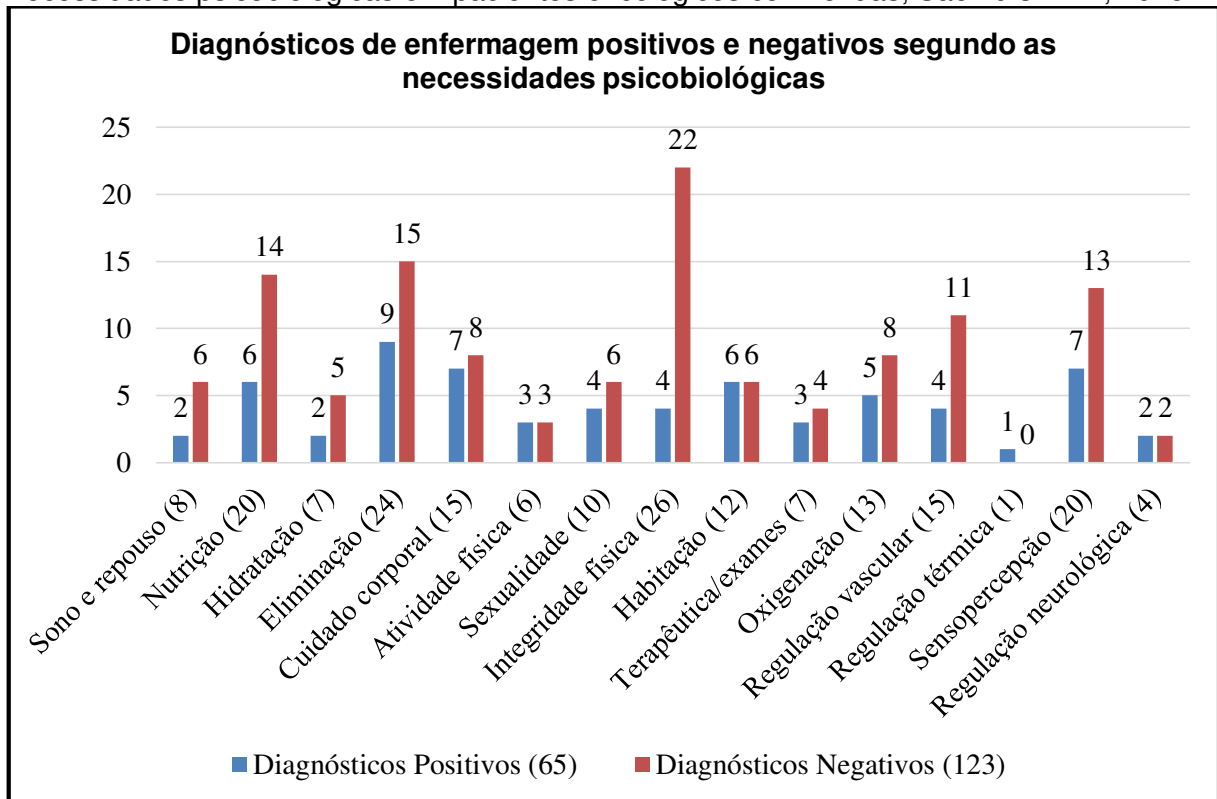
Enquanto que, os **enunciados positivos somaram 81**, distribuídos em **necessidades psicobiológicas (n=65)**: sono e repouso (n=2), nutrição (n=6), hidratação (n=2), eliminação (n=9), cuidado corporal (n=7), atividade física (n=3), sexualidade (n=4), integridade física (n=4), habitação (n=6), terapêutica/exame (3), oxigenação (n=5), regulação vascular (n=4), regulação térmica (n=1), sensopercepção (n=7) e regulação neurológica (n=2); **necessidades psicossociais (n=13)**: segurança emocional (n=2), amor, aceitação, participação e autorrealização (n=4), gregária, recreação e lazer (n=2), autoestima e autoimagem (n=3) e comunicação (n=2); **necessidades psicoespirituais (n=3)**: espiritualidade (n=1) e religiosidade (n=2).

Gráfico 6 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades humanas básicas em pacientes oncológicos com feridas, São Luís - MA, 2015.



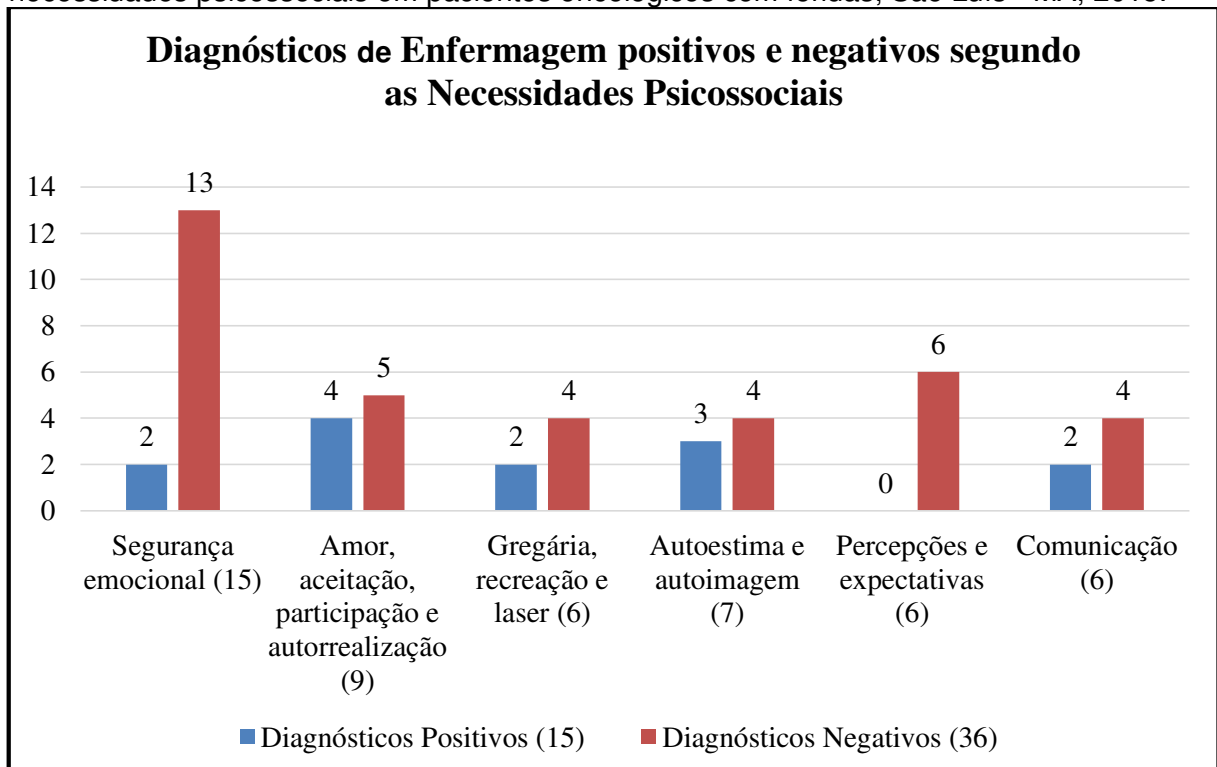
Fonte: autoria própria, 2016.

Gráfico 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicobiológicas em pacientes oncológicos com feridas, São Luís - MA, 2015.



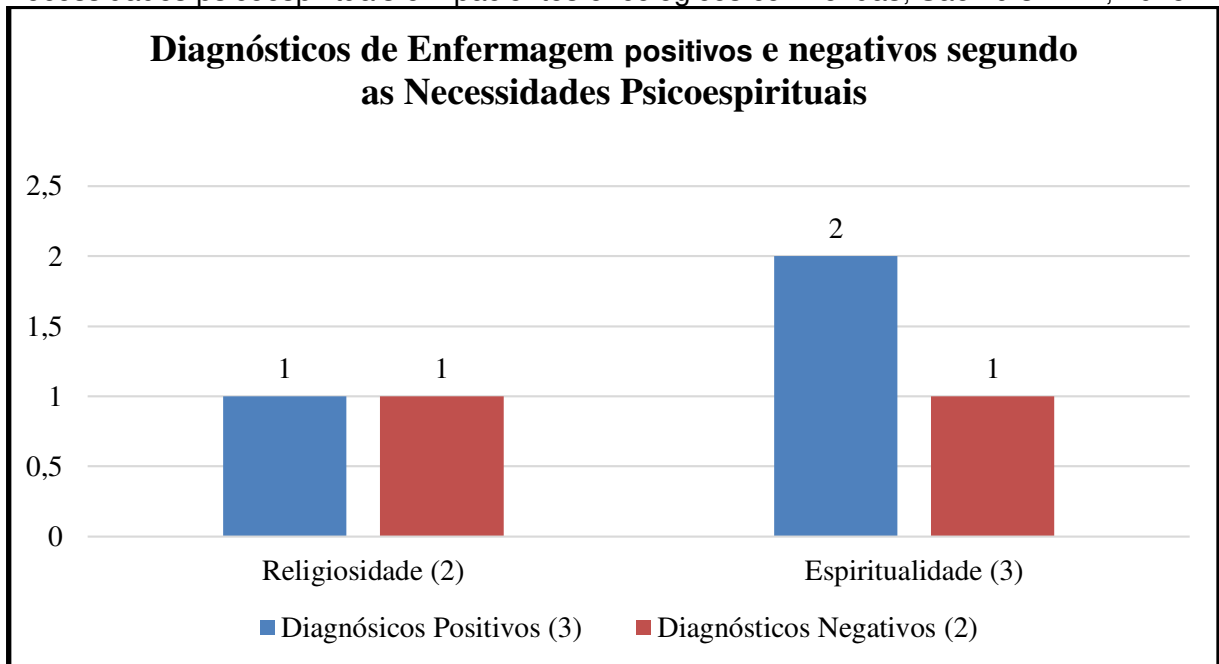
Fonte: autoria própria, 2016.

Gráfico 8 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicossociais em pacientes oncológicos com feridas, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Gráfico 9 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem positivos e negativos segundo as necessidades psicoespirituais em pacientes oncológicos com feridas, São Luís - MA, 2015.



Fonte: autoria própria, 2016.

Assim, percebe-se que dos 242 diagnósticos de enfermagem elaborados, a maioria se concentra nas necessidades humanas básicas do tipo psicobiológicas (n=188), constituindo-se ainda, de enunciados de diagnósticos negativos (n=123).

Esses achados, também foram evidenciados no estudo de Ubaldo (2012), ela identificou uma maior prevalência de problemas de enfermagem relacionados às necessidades psicobiológicas, a partir de 134 históricos de enfermagem de pacientes internados em unidade de clínica médica.

Do mesmo modo, um estudo transversal observacional realizado com 90 adultos com câncer internados na unidade de tratamento clínico do hospital universitário de Santander em Bucaramanga/Colômbia, identificou uma prevalência maior de diagnósticos de enfermagem negativos, tais como, risco de lesão (94%), déficit de conhecimento (92%), risco de infecção (91%) e padrão sexual ineficaz (84%) (MANRIQUE; PEDRAZA, 2008)

Ressalta-se que para análise dos achados deste estudo, considerou-se os enunciados representativos à 50% ou mais da amostra da pesquisa, totalizando em 96 diagnósticos de enfermagem, sendo 69 equivalentes às Necessidades Humanas Psicobiológica, 24 às Psicossociais e 3 Espirituais. Mas, segue em apêndice, os quadros (Apêndices G, H e I), expressando às frequências e porcentagens de todos

os diagnósticos construídos para a prática de enfermagem aos pacientes oncológicos com feridas.

Esses achados mais prevalentes, expressos nos quadros 7, 8 e 9, refletem as necessidades de cuidados especializados para o paciente oncológico com ferida e proporcionam a reorganização do processo de cuidado de enfermagem com o intuito de direcionar a equipe de enfermagem no desenvolvimento de um cuidado individualizado, sistemático, integral e de linguagem universal.

Assim, observa-se a partir do quadro 7 os enunciados de Diagnósticos de Enfermagem (DE) positivos e negativos relacionados as necessidades humanas psicobiológicas. De modo, que a necessidade de sono e repouso, obtida a partir das características e dos hábitos de repouso, sono e disposição para as atividades cotidianas, traduziram a necessidade do indivíduo de manter, por um tempo diário, a interrupção natural, periódica e relativa da sua consciência (GARCIA; CUBAS, 2012), inferindo-se assim para essa necessidade, o enunciado positivo se está eficaz (n=17-56,7%) e o negativo sono prejudicado (n=20-66,7%), entre os pacientes deste estudo.

Quadro 7 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicobiológicas, São Luís – MA, 2015. (Continua...)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE POSITIVOS	N	%	DE NEGATIVOS	N	%
Sono e repouso			Sono e repouso		
- Sesta eficaz	17	56,7	- Sono prejudicado	20	66,7
Nutrição			Nutrição		
- Capacidade para deglutição eficaz	22	73,3	- Ingestão nutricional prejudicada	17	56,7
			- Risco de ingestão de alimentos insuficiente	23	76,7
			- Peso prejudicado	21	70
			- Baixo peso	21	70
			- Condição nutricional prejudicada	20	66,7
Hidratação			Hidratação		
- Hidratação adequada	19	63,3	-----	----	----
- Ingestão de líquidos eficaz	19	63,3			
Atividade física			Atividade física		
-----	----	----	- Deambulação prejudicada	18	60
Eliminação			Eliminação		
- Eliminação de urina normal	15	50	- Defecação prejudicada	16	53,3
- Frequência urinária normal	20	66,7	- Processo do sistema gastrointestinal prejudicado	16	53,3
- Urina eficaz	16	53,3	- Risco de constipação	16	53,3
- Processo do sistema urinário eficaz	16	53,3	- Motilidade intestinal prejudicada	16	53,3
Cuidado corporal			Cuidado corporal		
- Capacidade para executar a higiene eficaz	16	53,3	- Capacidade para tomar banho prejudicada	18	60
			- Capacidade para vestir-se prejudicada	18	60
			- Capacidade para arrumar-se prejudicada	18	60
			- Capacidade para executar o autocuidado prejudicada	19	63,3
			- Padrão de higiene oral prejudicada	18	60
Sexualidade			Sexualidade		
-----	----	----	- Relação sexual prejudicada	27	90
	-		- Desempenho sexual prejudicado	19	63,3
			- Relacionamento negativo	16	53,3
Habitação			Habitação		
- Condição habitacional adequada	20	66,7	- Processo ambiental prejudicado	16	53,3
- Serviço de tratamento de água adequado	26	86,7	- Serviço de tratamento de esgoto negativo	17	56,7
- Serviço de coleta de lixo adequado	21	70			
- Serviço de energia adequado	27	90			

Quadro 7 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicobiológicas, São Luís – MA, 2015. (Conclusão)

Integridade física			Integridade física		
-----	----	----	- Perusão tissular periférica prejudicada	28	93,3
			- Risco de integridade da pele, prejudicada	18	60
			- Integridade da pele prejudicada	30	100
			- Acesso intravenoso periférico presente	25	83,3
			- Risco de infecção	29	96,7
			- Risco de lesão por pressão	15	50
			- Lesão maligna presente	17	56,7
			- Processo do sistema tegumentar prejudicado	16	53,3
			- Integridade tissular da membrana mucosa oral prejudicada	26	86,7
			- Dentição prejudicada	16	53,3
Terapêutica/Exames			Terapêutica/Exames		
- Manutenção da saúde eficaz	17	56,7	- Regime medicamentoso complexo	16	53,3
- Necessidade de cuidado de saúde eficaz	24	80			
Oxigenação			Oxigenação		
- Respiração eficaz	28	93,3	-----	----	----
- Frequência respiratória normal	29	96,7			
- Condição respiratória eficaz	23	76,7			
- Circunferência torácica normal	26	86,7			
Regulação vascular			Regulação vascular		
- Pressão arterial nos limites normais	26	86,7	- Função vascular periférica prejudicada	18	60
- Frequência cardíaca nos limites normais	26	86,7			
- Função cardíaca eficaz	26	86,7			
Regulação térmica			Regulação térmica		
- Termorregulação eficaz	30	100	-----	---	---
Regulação neurológica			Regulação neurológica		
- Função motora fina eficaz	16	53,3	- Condição musculoesquelética prejudicada	18	60
Sensopercepção			Sensopercepção		
- Orientação eficaz	28	93,3	- Sonolência	7	23,3
- Estado de alerta eficaz	21	70	- Dor oncológica	29	96,7
- Capacidade visual eficaz	18	60	- Hiperalgisia presente	18	60
- Capacidade auditiva eficaz	24	80	- Controle da dor inadequado	25	83,3
- Percepção sensorial positiva	26	86,7	- Dificuldade de enfrentamento da dor	25	83,3
- Sentido do olfato eficaz	26	86,7			

Fonte: autoria própria, 2016.

Por meio desse achado, constatou-se que mais da metade dos pacientes não conseguiam ter um sono restaurador devido as dores oncológicas intermitentes, ansiedade e tensão, mas no intervalo no dia ou no final do dia, conseguiam repousar (sesta) por até 1 hora.

Estudo desenvolvido em 239 prontuários de pacientes mastectomizadas, permitiu identificar uma frequência de 45,6% (n=109) do diagnóstico padrão de sono prejudicado, entre 20 diagnósticos de enfermagem (PRIMO *et al.*, 2010).

É por meio da necessidade de nutrição que o indivíduo obtém os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o propósito de manutenção da saúde e da vida (GARCIA; CUBAS, 2012). Dessa forma, embora muitos pacientes oncológicos com feridas apresentassem a capacidade para deglutição eficaz (n=22-73,3%), ao mesmo tempo, tinham a ingestão nutricional prejudicada (n=17-56,7%), risco de ingestão de alimentos insuficientes (n=23-76,7%), peso prejudicado (n=21-70%), baixo peso (n=21-70%) e condição nutricional prejudicada (n=20-66,7%), relacionado aos efeitos do tratamento quimioterápico, radioterápico e medicamentoso, como paladar diminuído, vômitos, náuseas, astenia, plenitude gástrica, entre outros, que corroboraram para esses diagnósticos.

Uma análise secundária, realizada a partir dos dados de um estudo experimental de 3 anos, também confirma esse achado nutricional negativo no paciente oncológico, pois identificou 25 diagnósticos de enfermagem entre 48 registros de atendimento de pacientes oncológicos, sendo mais prevalente o diagnóstico alteração na alimentação (menos do que as necessidades corporais) (MACAVOY; MORITZ, 1992).

A necessidade de hidratação representa a manutenção em nível ótimo, dos líquidos corporais dos indivíduos, compostos principalmente pela água, afim de favorecer o metabolismo corporal (GARCIA; CUBAS, 2012). Essa necessidade foi visualizada positivamente nos participantes desta pesquisa, por meio dos diagnósticos positivos, como hidratação adequada (n=19-63,3%) e ingestão de líquidos eficaz (n=19-63,3%). Pois, mantinham um hábito de ingestão de líquidos adequado ao padrão necessário e apresentação de uma pele com a turgidez e condições de hidratação das mucosas, normais.

Mas, essa necessidade (hidratação positiva) foi contraditória aos achados de Jomar e Bispo (2014), pois evidenciaram na revisão de literatura de 9 artigos, que

tinham como temática diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados com câncer, a prevalência do diagnóstico risco de volume de líquidos deficiente, relacionado a complexidade do estado fisiológico do paciente com câncer, alterado pela neoplasia ou tratamento dela, devido ao uso de vários medicamentos, distúrbios hidroeletrólíticos e à eliminação excessiva de líquidos (consequente à elevada frequência de vômitos e diarreia) ser maior que a ingestão.

Na necessidade de atividade física, a maioria dos pacientes envolvidos neste estudo, apresentavam dificuldade na deambulação, força muscular diminuída e restrição ao leito relacionado ao estado geral clínico instável, sendo necessário o uso de órteses e/ou auxílio de um cuidador para o favorecimento da deambulação.

Isso posto, a deambulação prejudicada foi observada em 18 dos 30 pacientes oncológicos com feridas, ou seja, 60% apresentavam essa necessidade comprometida. A necessidade de atividade física explícita a necessidade do indivíduo de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares (GARCIA; CUBAS, 2012).

A deambulação prejudicada foi marcante nos achados de Sheppard (1993), Lopes, Macedo e Lopes (1997), Courtens e Abu-Saad (1998), com a identificação, respectivamente, dos diagnósticos de mobilidade física prejudicada (63%), potencial para mobilidade física prejudicada (26,6%) e mobilidade física prejudicada (46,6%).

Na necessidade de eliminação, observou-se por meio da busca de hábitos, frequências e características, das eliminações urinárias e intestinais, e presença de secreções, que parte dos participantes do estudo haviam evidências de eliminação de urina normal (n=15-50%), frequência urinária normal (n=20-66,7%), urina eficaz (n=16-53,3%) e processo do sistema urinário eficaz (n=16-53,3%), e em contrapartida manifestaram em igual proporção (n=16-53,3%) defecação prejudicada, processo do sistema gastrointestinal prejudicado, risco de constipação e motilidade intestinal prejudicada.

A constipação ocorre comumente no paciente com câncer variando de 50 a 95%, principalmente no que recebe opióides. Esse fenômeno pode ocorrer por diversas razões, mas prevalecem cinco causas mais comuns: o tumor em si, que pode obstruir o intestino, afetar o sistema nervoso autônomo, ou causar compressão da medula espinhal; os efeitos da própria patologia como desidratação, imobilidade, ou mudanças nos hábitos intestinais normais; o abuso anteriormente de laxante; os

tratamentos oncológicos como os alcaloides de Vinca; e as intervenções para o manejo dos sintomas, tais como opióides ou antidepressivos tricíclicos (WOOLERY, *et al.*, 2008).

Assim, a constipação, pode ser identificada na população oncológica de outras pesquisas, de modo que apareceu 9 vezes entre 25 categorias de diagnósticos de enfermagem do estudo de Macavoy e Moritz (1992), identificada em 100% nas alterações fisiológicas de 6 sujeitos oncológicos entrevistados por Sousa e Gorini (2006), citada como prevalência alta em 3 dos 9 artigos inseridos numa pesquisa de revisão integrativa (JOMAR; BISPO, 2014) e observada numa frequência de 92,9% de um estudo qualitativo (SPEKSNIJDER; MANK; ACHTERBERG, 2011).

A necessidade de cuidado corporal configura-se pela necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, executar atividades com o meio de preservar sua higiene corporal e apresentação pessoal, da família e da comunidade, assim mantendo condição que favoreçam a saúde (GARCIA; CUBAS, 2012).

No que tange essa necessidade, pode-se observar uma predominância de diagnósticos de enfermagem negativos entre os incluídos na pesquisa, no qual expressou-se pela capacidade para tomar banho prejudicada (n=18-60%), capacidade para vestir-se prejudicada (n=18-60%), capacidade para arrumar-se prejudicada (n=18-60%), capacidade para executar o autocuidado prejudicada (n=19-63,3%) e padrão de higiene oral prejudicada (n=18-60%). Expressões estas relacionadas às outras necessidades como a de atividade física, já expressada anteriormente de forma negativa, pelo diagnóstico de deambulação prejudicada.

Uma pesquisa realizada em hospital de referência para oncologia em Vitória, Espírito Santo, com o propósito de identificar diagnósticos mais comuns em mulheres mastectomizadas, utilizando a CIPE®/Versão 1.0 (CANDIDA *et al.*, 2010), detectou que entre 239 pacientes, 69,9% algumas vezes apresentaram o autocuidado diminuído. Resultado semelhante, também foi evidenciado por Courtens e Abu-Saad (1998), no qual identificou entre registro de 15 prontuários de pacientes oncológicos, uma frequência de 66,6% do diagnóstico de enfermagem déficit no autocuidado para banho/higiene.

No que tange as práticas sexuais [frequência, satisfação, número de parceiros (as)], a dor e o desconforto durante o ato sexual e a todos os demais aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o propósito de um

relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, constatou-se nesta pesquisa uma predominância de relação sexual prejudicada (n=27-90%), desempenho sexual prejudicado (n=19-63,3%) e relacionamento negativo (n=16-53,3%).

Resultados esses, identificados nos participantes, devido a ocorrência de mutilação de órgãos genitais e reprodutores em decorrência do tratamento ou complicação do câncer, a verbalização da dor oncológica evidente e presente quase que constantemente, a desfiguração da imagem corporal acentuadas pelas feridas apresentadas e ao abandono de parceiros ou de parceiras, após o diagnóstico da doença.

A sexualidade foi negativamente confirmada em pacientes com câncer, principalmente em casos com tumores primários ou metastáticos atrelado aos órgãos que expressam a sexualidade feminina ou masculina. Descrevem como resultados disfunção sexual em 96,4% de 28 pacientes; padrão sexual ineficaz em 84% de 90 participantes; dispaurenia (53%), diminuição do libido (66%) e do prazer sexual (60%) em 142 mulheres com câncer; e, falta de relação sexual (41,8%) e relação sexual prejudicada (22,6%) em 239 prontuários analisados (SPEKSNIJDER; MANK; ACHTERBERG, 2011; MANRIQUE; PEDRAZA, 2008; VIDAL *et al.*, 2013; CANDIDA *et al.*, 2010).

A necessidade de habitação configurada pela necessidade do indivíduo, família ou coletividade de viver e manter um ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança socioambiental (GARCIA; CUBAS, 2012), foi evidentemente positiva entre os pacientes oncológicos com feridas por meio da condição habitacional adequada (n=20-66,7%), serviço de tratamento de água adequado (n=26-86,7%), serviço de coleta de lixo adequado (n=21-70%) e serviço de energia adequado (n=27-90%), e de modo negativo por processo ambiental prejudicado (n=16-53,3%) e ao serviço de tratamento de esgoto negativo (n=17-56,7%).

Assim, também foi destacado os diagnósticos de enfermagem condição de moradia prejudicada e ambiente poluído, na construção de afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, relacionados à atividade de vida “manter um ambiente seguro” numa população de pacientes idosos internados (MEDEIROS, 2011).

A integridade física representa a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e

coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, afim de proteger o corpo (GARCIA; CUBAS, 2012).

Destarte, as informações coletadas relacionadas as características da pele, aos fatores de riscos de lesão por pressão, a integridade das mucosas, a presença e classificação das lesões e a integridade tissular, levaram ao alcance de fenômenos que direcionaram a elaboração, em grande parte, de diagnósticos de enfermagem negativos, tais como: perfusão tissular periférica prejudicada (n=28-93,3%), risco de integridade da pele prejudicada (n=18-60%), integridade da pele prejudicada (n=30-100%), acesso intravenoso periférico presente (n=25-83,3%), risco de infecção (n=29-96,7%), risco de lesão por pressão (n=15-50%), lesão maligna presente (n=17-56,7%), processo do sistema tegumentar prejudicado (n=16-53,3%), integridade tissular da membrana mucosa oral prejudicada (n=26- 86,7%) e dentição prejudicada (n=16-53,3%).

A perfusão tissular de 28 dos 30 participantes deste estudo, encontrava-se prejudicada devido a diminuição do aporte sanguíneo pelos tecidos periféricos e evidência de palidez da pele, em parte, relacionada à diminuição da ingesta hídrica, ou à distúrbios sanguíneos relacionados ao tratamento oncológico.

Assim, esses dados que evidenciam negativamente a integridade física dos pacientes em estudo, manifestados as vezes como consequência da evolução clínica da própria doença de base ou à fatores intrínseco e de comorbidades, tornaram-se ainda mais prevalentes quando associados aos padrões alterados apresentados pelas demais necessidades psicobiológicas, tais como: nutrição, hidratação, atividade física, eliminação, cuidado corporal, habitação e oxigenação.

Destarte, tais diagnósticos já eram esperados, visto que um dos critérios de inclusão na pesquisa, era o paciente oncológico ter a presença de pelo menos uma lesão, e se ele apresentava algum tipo de lesão. Dentre as lesões apresentadas, a incidência alta de feridas neoplásicas, proporcionou a elaboração do diagnóstico lesão maligna presente (n=17-56,7%) na maioria dos pacientes estudados. Evidenciou-se uma possível associação da presença de feridas nos pacientes do tipo neoplásica, radiodermite, cirúrgica, lesão por pressão e lesão por fricção, a fatores potenciais de risco, tais como: risco de integridade da pele prejudicada, presença de acesso intravenoso periférico, risco de infecção, risco de lesão por pressão, integridade tissular da membrana mucosa oral prejudicada e dentição prejudicada.

Nota-se em pesquisas anteriores, a prevalência de diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos que veem a corroborar com esses resultados, por exemplo: potencial para infecção, risco para infecção, integridade da pele prejudicada, mucosa oral alterada, prurido, risco para lesão e integridade tissular prejudicada (SHEPPARD, 1993; LOPES; MACEDO; LOPES, 1997; LOPES *et al.*, 2013; CHANG; VREDEVOE; HIRSCH, 1995; COURTENS; ABU-SAAD, 1998; OGASAWARA *et al.*, 2005; SOUSA; GORINI, 2006; NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem manutenção da saúde eficaz (n=17-56,7%), regime medicamentoso complexo (n=24-80%) e necessidade de cuidado de saúde eficaz (n=16-53,3%) foram provenientes dos fenômenos de enfermagem identificados a partir da necessidade de terapêutica, no qual representa a condição do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doença (GARCIA; CUBAS, 2012).

Os fenômenos dessa necessidade foram extraídos, a partir da manifestação dos pacientes no interesse expresso em comportamentos de promoção da saúde, relatos da evidência de um plano terapêutico complexo, muitas vezes não compreendido por eles, e apoio familiar e de estrutura de saúde próximo ao domicílio.

Constata-se assim, que os dados coletados identificaram em maior proporção uma manutenção da saúde eficaz nesta população estudada, mas outro estudo aponta o contrário, mesmo que em frequência baixa, como a manutenção da saúde alterada identificada em apenas uma das 30 mulheres envolvidas no estudo de Lopes, Macedo e Lopes (1997).

A necessidade de oxigenação é para o organismo uma das mais fundamentais e prementes das carências fisiológicas, visto que o oxigênio, fonte de combustível para as células, é obtido pelo indivíduo por meio da ventilação, difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, e responsável pela manutenção da vida (GARCIA; CUBAS, 2012). Assim, construiu-se em **sua** maioria, diagnósticos de enfermagem positivos, como respiração eficaz (n=28-93,3%), frequência respiratória normal (n=29-96,7%), condição respiratória eficaz (n=23-76,7%) e circunferência torácica normal (n=26-86,7%), a partir da ausculta pulmonar, frequência respiratória, padrão respiratório, presença de secreção e simetria do esforço respiratório dos pacientes participantes desta pesquisa.

Mas, embora os dados coletados constatarem um padrão respiratório eficaz nesses pacientes, a pesquisa de Courtens e Abu-Saad, (1998), identificou dados contrapostos, pois revela um padrão respiratório ineficaz em 33,3% dos 15 registros de pacientes oncológicos analisados.

Com relação a necessidade de regulação vascular percebeu-se uma evidência da função vascular periférica prejudicada (n=18-60%), relacionada as infusões periféricas constantes e períodos prolongados de medicamentos endovenosos, mas destacamos ainda, diagnósticos de enfermagem positivos, em proporções iguais (n=26-86,7%), tais como, pressão arterial nos limites normais, frequência cardíaca nos limites normais e circunferência torácica normal.

A função vascular periférica prejudicada nos pacientes oncológicos, está associada a frequente punção de veias periféricas, ao efeito local de quimioterápicos resultantes em danos à parede venosa, esclerose e trombose do vaso. Sendo, muitas vezes, necessário a inserção de um cateter venoso central (CVC). Esses dispositivos, têm sido usados há quase 30 anos nessa clientela, afim de permitirem a infusão segura de quimioterápicos, fluidos intravenosos, nutrição parenteral total, antibióticos e outras medicações (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

Algumas vezes, essa função vascular periférica prejudicada, se não vista como uma necessidade de intervenção e planejamento da assistência ao paciente oncológico, poderá levar a ocorrência de traumas vasculares, como exemplo citado em um dos estudos de casos clínicos em oncologia, descrito por Rodrigues e Oliveira, (2013) em que uma paciente com câncer de estômago, apresentou trauma vascular por flebite, relacionado ao quarto dia de punção com infusão de medicamentos irritantes e soro com glicose hipertônica.

No que concerne a regulação térmica, todos os pacientes apresentaram temperatura corporal central entre 35,5°C e 37,4°C, resultado do equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, assim permitindo a elaboração do diagnóstico de enfermagem, termorregulação eficaz (n=30-100%).

Dado esse, que mostra um resultado da temperatura corporal de um determinado momento, não correspondendo ao período de internação total de cada paciente, talvez por isso, que estudos que verificaram a temperatura corporal de pacientes em períodos diferentes, apontam resultados contraditórios ao desta pesquisa, pois identificaram em pacientes oncológicos um potencial para temperatura corporal alterada, hipertermia e risco para temperatura corporal desequilibrada

(LOPES; MACEDO; LOPES, 1997; COURTENS; ABU-SAAD, 1998; RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016; SOUSA; GORINI, 2006).

A necessidade de regulação neurológica, define-se pela necessidade do indivíduo de manter ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o propósito de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (GARCIA; CUBAS, 2012). Assim, foi possível elaborar o diagnóstico de enfermagem função motora fina eficaz (n=16-53,3%), relacionado a força muscular e coordenação e equilíbrios normais apresentados pelos entrevistados, e o diagnóstico negativo condição musculoesquelética prejudicada (n=18-60%), justificado pela perda do tônus muscular em membros superiores e inferiores, presentes em parte desses pacientes.

A Caquexia foi um diagnóstico citado 42 vezes a partir do estudo de Silva (2013), realizado em pacientes em cuidados paliativos. Esse fenômeno é muito frequente nesses pacientes, sendo caracterizada por uma má nutrição, magreza, perda muscular e enfraquecimento, e associada à regulação neurológica (ICN, 2015).

Em consideração a relevância da capacidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente, que se traduz pela necessidade de sensopercepção, elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem positivos: orientação eficaz (n=28-93,3%), estado de alerta eficaz (n=21-70%), capacidade visual eficaz (n=18-60%), capacidade auditiva eficaz (n=24-80%), percepção sensorial positiva (n=26-86,7%) e sentido do olfato eficaz (n=26-86,7%), e os diagnósticos negativos: dor oncológica (n=29-96,7%), hiperalgesia presente (n=18-60%), controle da dor inadequado (n=25-83,3%) e dificuldade de enfrentamento da dor (n=25-83,3%).

A intensidade da dor dos pacientes foi avaliada e qualificada por meio da escala visual analógica (EVA), com maior frequência de 7 a 10 na EVA. Essa escala foi escolhida por ser vista como sensível, simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendida em distintas situações onde há diferenças culturais, intelectuais ou mesmo de linguagem do avaliador. É conhecida como sendo um método de autoavaliação, representado por uma linha reta de 10 cm, onde em um dos extremos discrimina a ausência de dor e o outro a dor insuportável, sendo vista como leve quando a intensidade é de 1-3 na EVA, moderada de 4-7 e severa de 8-10. (SOUZA; SILVA, 2005).

Essa escala pode ser aplicada em todos os pacientes, por apresentarem condição cognitivas de autoavaliação, de modo que as respostas revelam que a dor oncológica estava presente na vida da maioria dos pacientes entrevistados, iniciou-se desde o momento do diagnóstico, quando necessitou submeter-se a procedimentos invasivos para estadiamento da doença, passando pelo tratamento (cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico) e chegando até à invasão tumoral, evidenciado pelas feridas neoplásicas.

Outros estudos corroboram com tais revelações, como o estudo de casos clínicos relatados por Rodrigues e Oliveira (2013), onde de 27 casos descritos 10 citam diagnósticos de enfermagem relacionados a dor.

Demonstra-se no quadro 8, os diagnósticos de enfermagem positivos e negativos, inferidos a partir das necessidades psicossociais dos pacientes oncológicos com feridas. Sabe-se, que na necessidade de segurança emocional, o indivíduo busca a consciência e o equilíbrio dos seus próprios sentimentos e emoções, e com o objetivo de sentir-se seguro, tenta ter a confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si (GARCIA; CUBAS, 2012).

Quadro 8 – Enunciados de diagnósticos de enfermagem positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicossociais, São Luís – MA, 2015.

NECESSIDADES HUMANAS PSICOSSOCIAIS					
DE POSITIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Segurança emocional			Segurança emocional - Medo		
- Satisfação com atenção à saúde	29	96,7	- Regime de cuidados paliativos ausente	19	63,3
- Esperança presente	18	60	- Sofrimento	23	76,7
			- Solidão presente	21	70
			- Medo da morte	26	53,3
			- Tristeza	23	76,7
Amor, aceitação, participação e autorrealização	21	70	Amor, aceitação, participação e autorrealização		
- Comunicação familiar eficaz	26	86,7	- Aceitação do estado de saúde prejudicado	18	60
- Apoio familiar positivo			- Enfrentamento familiar prejudicado	17	56,7
Gregária, recreação e lazer			Gregária, recreação e lazer		
- Apoio social eficaz	18	60	- Tomada de decisão prejudicada	16	53,3
- Socialização positiva	16	53,3			
Autoestima e Autoimagem	---	---	Autoestima e Autoimagem		
-----			- Autoimagem negativa	21	70
			- Autoestima negativa	20	66,7
			- Adaptação prejudicada	18	60
			- Imagem corporal perturbada	17	56,7
Percepções e expectativas	---	---	Percepções e expectativas		
-----			- Parentalidade prejudicada	16	53,3
			- Expectativa sobre tratamento irrealista	22	73,3
			- Processo de enfrentamento prejudicado	23	76,7
			- Falta de conhecimento sobre doença	19	63,3
Comunicação			Comunicação		
- Comunicação verbal eficaz	22	73,3	-----	---	---
- Capacidade para comunicar-se eficaz	23	76,7			

Fonte: autoria própria, 2016.

Desse modo, reflete-se essa necessidade de segurança emocional nos pacientes deste estudo, por meio da elaboração dos diagnósticos mais prevalentes, tais como, satisfação com atenção à saúde (n=29-96,7%), esperança presente (n=18-60%), medo (n=19-63,3%), regime de cuidados paliativos ausente (n=19-63,3%), sofrimento (n=23-76,7%), solidão presente (n=21-70%), medo da morte (n=26-53,3%) e tristeza (n=23-76,7%).

Achados esses, relacionados aos relatos de satisfação e confiança pelos cuidados prestados pelas equipes de saúde multidisciplinares, à esperança de cura,

mesmo quando essa diverge do prognóstico médico, à verbalização e expressão dos diversos medos: de morrer; de deixar sua família desamparada; do tratamento; das reações adversas ao tratamento; do abandono. Fatos esses, que se agrupam a outros sentimentos negativos, como choro, tristeza, solidão, angústia, ansiedade, expressados pela maioria dos pacientes oncológicos. Ressalta-se ainda, que embora o diagnóstico de malignidade tenha prevalecido na amostra estudada, esses pacientes ainda não se encontravam inseridos no regime de cuidados paliativos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo-o como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo inclusive à fase de luto (WHO, 2002).

Outros estudos nos revelam que emoções negativas, como o medo, a ansiedade, a tristeza, a angústia, a depressão, o isolamento, o desespero, a desesperança, são evidentes nos pacientes oncológicos, principalmente nos que se encontram em fase avançada (NASCIMENTO *et al.*, 2011; COURTENS; ABU-SAAD, 1998; OGASAWARA *et al.*, 2005; SOUSA; GORINI, 2006; LOPES *et al.* 2013; SPEKSNIJDER; MANK; ACHTERBERG, 2011; LOPES; MACEDO; LOPES, 1997). Tem-se então, a necessidade de prestar uma assistência integral à esses pacientes desde o momento da revelação do diagnóstico, visto que, o câncer ainda representa culturalmente, um diagnóstico de sentença de morte.

Pode-se identificar que embora a família do paciente oncológico, proporcione o cuidado e apoio em todas as fases da doença, essa ainda enfrenta dificuldades para aceitar e trabalhar emocionalmente o diagnóstico de seu ente querido, inferindo-se a partir desses fenômenos a construção dos diagnósticos de comunicação familiar eficaz (n=21-70%), apoio familiar positivo (n=26-86,7%), aceitação do estado de saúde prejudicado (n=18-60%) e enfrentamento familiar prejudicado (n=17-56,7%).

Diagnósticos esses, relacionados à necessidade de amor, aceitação, participação e autorrealização, representam a necessidade do indivíduo de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral (GARCIA; CUBAS, 2012). Portanto, o enfermeiro ao prestar cuidados de enfermagem ao paciente com câncer,

deve planejar uma assistência voltada não só para o indivíduo, mas para todos os envolvidos nesse processo, tais sejam familiares, cuidadores ou comunidade.

O diagnóstico de enfermagem enfrentamento familiar ineficaz, pode ser identificado nos estudos de Macavoy e Moritz (1992), relacionado ao impacto da doença, a interrupção da rotina familiar por longos períodos de internações, sobrecarga financeira e mudanças nos papéis familiares. Assim, confirmando os dados levantados nesta pesquisa.

Apoio social eficaz (n=18-60%), socialização positiva (n=16-53,3%) e tomada de decisão prejudicada (n=16-53,3%), foram os diagnósticos mais prevalentes elaborados para os pacientes oncológicos com feridas, a partir das necessidades de gregária, recreação e lazer. Nessas necessidades é vista a precisão do ser em viver em grupo, interagindo com os outros e realizando trocas sociais, dispondo-se de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso a entretenimento, distração e diversão (GARCIA; CUBAS, 2012).

Observou-se na coleta de dados, que muitos pacientes não possuem autonomia para escolhas, decisões, escutas ou quaisquer outros assuntos, relacionados a sua doença, mas não porque não estejam em pleno estado de alerta e nível de consciência preservado, e sim, porque os familiares e/ou responsáveis, muitas vezes, na tentativa, subjetiva, de minimizar o sofrimento do seu ente, evita fatos que os levem a refletir sobre o processo de morte. Processo esse, real a todos os seres vivos, e mais evidente para os pacientes com câncer avançado e/ou maligno.

Ressalta-se, que muitas vezes, a falta de informações e de clareza dos familiares e/ou da equipe de saúde, levou a uma conspiração do silêncio, comprometendo a relação entre o paciente e sua família, e entre eles e a equipe.

A rede de apoio social e familiar e a participação em grupos/instituições comunitárias, levam os pacientes com câncer em estágio paliativo ou não, a lidarem melhor com as situações, notícias e decisões inertes ao avançar e tratamento do câncer. Compartilhando dessa mesma afirmação, estudo realizado sobre o apoio social e familiar à pacientes com câncer de mama, revelou em um dos relatos que ter alguém por perto desde o momento da consulta, atento e disposto a reconfortar e mitigar o sofrimento causado pelos tratamentos invasivos e debilitantes, pareceu servir de organizador para a aceitação e enfrentamento do câncer, facilitando, inclusive nas tomadas de decisões (AMBRÓSIO, 2010).

Na necessidade de autoestima e autoimagem o ser busca sentido para enfrentar os desafios da vida, tem confiança em suas próprias ideais, tem respeito por si próprio, se valoriza, e se reconhece merecedor de amor e felicidade, com o propósito de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência (GARCIA; CUBAS, 2012). Assim, conforme achados igualmente identificados por Rodrigues e Oliveira (2013), identificou-se neste estudo, a prevalência de diagnósticos negativos: autoimagem negativa (n=21-70%), autoestima negativa (n=20-66,7%), adaptação prejudicada (n=18-60%) e imagem corporal perturbada (n=17-56,7%).

Tais achados, tornaram-se marcantes nesta amostra de estudo devido as reações e situações já esperadas e apresentadas, no percurso do tratamento de suas patologias, tais sejam a queda de cabelo parcial ou total, a descamação e a desidratação da pele, a mutilação de órgãos que desfiguraram a imagem corporal, a caquexia relacionada a falta de apetite, mudança do paladar ou síndrome metabólica, as equimoses e tantas outras situações, que levaram esses paciente com câncer e com feridas a desequilibrarem o senso de valor pessoal e de mecanismos de adaptação ou defesa para os momentos de adversidades.

Não obstante tais achados, observou-se em maioria os diagnósticos de parentalidade prejudicada (n=16-53,3%), expectativa sobre o tratamento irrealista (n=22-73,3%), processo de enfrentamento prejudicado (n=23-76,7%) e falta de conhecimento sobre a doença (n=19-63,3%). Diagnósticos esses, expressos pelos pacientes oncológicos no tocante as suas percepções e expectativas, por relatos já descritos anteriormente, como os medos e a falta de autonomia e conhecimento sobre o seu diagnóstico e prognóstico.

Pesquisa que buscava a prevalência de diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos hospitalizados, identificou dados que vão de encontro ao desta pesquisa, eles perceberam uma frequência de 92% de diagnóstico de conhecimento inadequado sobre a doença (MANRIQUE; PEDRAZA, 2008).

A necessidade de comunicação se descreve pela necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens por meio da linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), afim de interagir com os outros (GARCIA; CUBAS, 2012). Desse modo, construiu-se os diagnósticos comunicação verbal eficaz (n=22-73,3%) e capacidade para comunicar-

se eficaz (n=23-76,7%), como os mais evidentes entre os participantes deste estudo, por não apresentarem déficits na necessidade de comunicação.

Das necessidades de religiosidade e espiritualidade, observa-se no quadro 9 os diagnósticos crença religiosa positiva e crença espiritual positiva para todos os 30 pacientes oncológicos com feridas entrevistados, e comportamento espiritual eficaz (n=21-70%) para parte desses. É por meio dessas necessidades que os indivíduos estabelecem um relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentido da importância da vida (GARCIA; CUBAS, 2012).

Quadro 9 – Enunciados de Diagnósticos de Enfermagem (DE) positivos e negativos em pacientes oncológicos com feridas, segundo as necessidades humanas psicoespirituais, São Luís – MA, 2015.

NECESSIDADES HUMANAS PSICOESPIRITUAIS					
DE POSITIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Religiosidade			Religiosidade		
- Crença religiosa positiva	30	100	-----	---	----
				-	
Espiritualidade			Espiritualidade		
- Crença espiritual positiva	30	100	-----	---	----
- Comportamento espiritual eficaz	21	70		-	

Fonte: autoria própria, 2016.

Em conformidade com esses diagnósticos, a pesquisa de Manrique e Pedraza (2008), identificou uma prevalência de 23 diagnósticos referentes ao reforçar o enfrentamento do bem-estar espiritual e religioso na população estudada. Esse comportamento indicou que os pacientes com câncer tendem a usar seus mecanismos de defesa para superar a adversidade inerente à sua condição clínica.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a elaboração dos diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em pacientes oncológicos com feridas, sob a luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, por meio do levantamento e caracterização sócio, demográficas e clínicas dessa clientela, e identificação das Necessidades Humanas Básicas, além da avaliação e identificação dos tipos de feridas apresentadas nesses pacientes.

Os achados referentes ao levantamento dos pacientes mostraram uma média maior de internação geral e menor de pacientes com feridas, na unidade de clínica médica feminina, por um período de até 15 dias, e predomínio de alta hospitalar, por melhora do quadro clínico.

Os dados sócios demográficos nos apontaram que o sexo masculino (70%) predominou entre os entrevistados, com idade prevalente de 49 a 59 anos (43,3%) admitidos do setor de pronto atendimento por dor (43,3%), além de serem procedentes do interior do estado (90%), de cor parda (46,7%), casados (36,7%), ensino fundamental incompleto (46,6%), lavradores (50%), evangélicos (53,3%) e renda de até 2 salários mínimos (70%).

Quanto a história clínica, progressiva e familiar, concluiu-se que os diagnósticos de câncer de mama com metástase (20%) e o câncer de pênis com recidiva inguinal (16,6%), configuraram-se como mais prevalentes; que o tempo entre o diagnóstico inicial e o atual do câncer, correspondeu de 1 a 6 meses (36,7%); o principal motivo para internação foram a dor (36,7%); o tratamento clínico e radioterápico (26,6%) predominou como plano terapêutico; negaram comorbidades (70%), alergia (100%) e histórico de câncer familiar (60%); eram tabagistas (53,3%) e etilistas (60%).

Em relação a avaliação das feridas, os dados revelaram que o tratamento do tipo paliativo era o mais indicado para os cuidados às feridas manifestadas pelos pacientes; houve uma média de uma ferida por paciente, o curativo quase sempre era executado por um enfermeiro; e, que a ferida neoplásica seguida das feridas cirúrgicas e lesão por pressão, foram as mais evidentes entre as 50 feridas identificadas.

Foram elaborados 242 enunciados de diagnósticos de enfermagem, sendo 161 negativos e 81 positivos, nos quais a maioria se concentrou nas necessidades

psicobiológicas e de enunciados negativos. Após a consideração de enunciados representativos à 50% ou mais da amostra da pesquisa, foram analisados 96 diagnósticos (41 positivos e 55 negativos), nos quais 69 equivalentes às necessidades psicobiológicas, 24 psicossociais e 3 espirituais.

Dentre as necessidades básicas investigadas, os diagnósticos positivos mais evidentes foram: sesta eficaz, capacidade para deglutição eficaz, hidratação adequada, ingestão de líquidos eficaz, eliminação de urina normal, urina eficaz, frequência de urinária normal, processos do sistema urinário eficaz, capacidade para executar a higiene eficaz, condição habitacional adequada, serviço de tratamento de água adequado, serviço de coleta de lixo adequado, serviço de energia adequado, manutenção da saúde eficaz, regime medicamentoso complexo, necessidade de cuidado de saúde eficaz, respiração eficaz, frequência respiratória normal, condição respiratória eficaz, circunferência torácica normal, pressão arterial nos limites normais, frequência cardíaca nos limites normais, função cardíaca eficaz, termorregulação eficaz, função motora fina e eficaz, orientação eficaz, estado de alerta eficaz, capacidade visual eficaz, capacidade auditiva eficaz, percepção sensorial positiva, sentido do olfato eficaz, satisfação com a saúde, esperança presente, comunicação familiar eficaz, apoio familiar positivo, apoio social eficaz, socialização positiva, comunicação verbal eficaz, capacidade para comunicar-se eficaz, crença religiosa positiva, crença espiritual positiva e comportamento espiritual eficaz.

Nas necessidades básicas afetadas os diagnósticos negativos mais evidentes foram: sono prejudicado, ingestão nutricional prejudicada, risco de ingestão de alimentos insuficiente, peso prejudicado, baixo peso, condição nutricional prejudicada, deambulação prejudicada, defecação prejudicada, processo do sistema gastrointestinal prejudicado, risco de constipação, motilidade intestinal prejudicada, capacidade para tomar banho prejudicada, capacidade para vestir-se prejudicada, capacidade para arrumar-se prejudicada, capacidade para executar o autocuidado prejudicada, padrão de higiene oral prejudicada, relação sexual prejudicada, desempenho sexual prejudicado, relacionamento negativo, processo ambiental prejudicado, serviço de tratamento de esgoto negativo, perfusão tissular periférica prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, acesso intravenoso periférico presente, risco de infecção, risco de lesão por pressão, lesão maligna presente, processo do sistema tegumentar prejudicado, integridade tissular da membrana mucosa oral prejudicada, dentição prejudicada, função vascular

periférica prejudicada, condição musculoesquelética prejudicada, sonolência, dor oncológica, hiperalgesia presente, controle da dor inadequado e dificuldade de enfrentamento da dor, regime de cuidados paliativos, medo, sofrimento, solidão presente, medo da morte, tristeza, aceitação do estado de saúde prejudicado, enfrentamento familiar prejudicado, tomada de decisão prejudicada, autoimagem negativa, autoestima negativa, adaptação prejudicada, imagem corporal perturbada, parentalidade prejudicada, expectativa sobre tratamento irrealista, processo de enfrentamento prejudicado e falta de conhecimento sobre doença

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos com feridas a partir de termos dos eixos foco e julgamento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2015, mostrou-se como uma proposta necessária, iniciadora e possível, para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente oncológico com feridas, por meio do Processo de Enfermagem.

Esse processo, iniciado pelo raciocínio clínico e o julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas, a partir do histórico de enfermagem proposto, sob a luz da teoria da Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, mostrou-se pertinente e eficaz para a interpretação dos fenômenos apresentados nos pacientes, segundo as necessidades reais biopsicossocio-espirituais deles e de seus familiares, com posterior elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Assim, com o desenvolvimento desta pesquisa, e constatação que os principais problemas de enfermagem dos pacientes oncológicos com feridas internados estavam centrados nas necessidades psicobiológicas, deixou claro o quanto se faz necessário a utilização de uma Classificação da Assistência de Enfermagem que direcione o cuidado de enfermagem, e facilite a comunicação entre enfermeiros e dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde, afim de planejar uma assistência inerente as reais necessidades destes pacientes.

Pacientes esses, que demonstraram durante a pesquisa o quanto o diagnóstico de câncer e as mudanças impostas em suas vidas a partir dessa doença, foram transformadoras e devastadoras, tirando de muitos, por meio da transfiguração da imagem corporal e presença viva da finitude da vida, por meio de feridas não cicatrizantes, estigmatizadoras, dolorosas, fétidas e sangrantes, a dignidade e o prazer em viver.

Por isso, acredita-se que a linguagem unificada e universal proposta pela CIPE® versão 2015, por meio de termos direcionados a prática específica do cuidado de enfermagem oncológico, possa direcionar a equipe de enfermagem no desenvolvimento de um cuidado individualizado, sistemático e integral.

Partindo de tais considerações, destaca-se a importância da continuidade de estudos que envolvam essa temática, em vista a validação dos resultados por esta

pesquisa levantados e ao desenvolvimento das demais etapas que envolvem o processo de enfermagem. Afim, de melhor assistir ao cliente oncológico com feridas.

REFERÊNCIAS

- AGRA, G., *et al.* Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.
- ALBUQUERQUE I. L. S.; CAMARGO, T. C. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 195-209. 2007.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- AMARAL, A. F. S.; PULIDO, K. C. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 44-50, 2012.
- AMBRÓSIO, D. C. M. **Mulheres com câncer de mama**: a vivência do apoio social e familiar durante o tratamento. Ribeirão Preto, 2010. 185f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY M.E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- AZEVEDO, I. C.; COSTA, R. K. S.; HOLANDA, C. S. M. Feridas oncológicas: avaliação e tratamento por enfermeiros da estratégia saúde da família de Caicó/RN. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v. 6, n. 3, p. 690-4, 2012.
- BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC, **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 22, p. 864-867, 2009.
- BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e feridas – as feridas têm alma**: uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética. São Paulo: Di Livros, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Assistência. **Tratamento e controle de feridas tumorais e lesão por pressão no câncer avançado**: série cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Bases do tratamento do câncer:** ações de enfermagem para o controle do câncer. p. 263-315. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/acoes_cap6.pdf> Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer no Brasil:** dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ensino em atenção oncológica no Brasil:** carências e oportunidades. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativa 2014:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas da oncologia.** Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativa 2016:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015b.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa.** 2. ed. São Paulo: FTD, 2007.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** Tradução Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAIAFA, J. S.; CANONGIA, P. M. Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro. **J Vasc Br**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 75-8, 2003.

CANDIDA, C. P., *et al.* Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 803-10, 2010.

CARVALHO, M. W. A. **Catálogo CIPE para dor oncológica** [Dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Nível Mestrado.

CARVALHO, M. W. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Processo e resultados do desenvolvimento de um catálogo CIPE® para dor oncológica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1061-8, 2013.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

CIE – Comitê Internacional de Enfermeiros. **CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Algor Editora, 2011.

CHANG, B. L.; VREDEVOE, D.; HIRSCH, M. Allergy as a risk factor for nursing care problems in the elderly cancer patient. **Cancer Nursing**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 83-88, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 358 de 15 de outubro de 2009. **“Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de Saúde Brasileiras”**. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Resolução nº. 0501 de 9 de dezembro de 2015. **“Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras Providências”**. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html> Acesso em: 14 fev. 2016.

COURTENS, A. M.; ABU-SAAD, H. H. Nursing diagnoses in patients with leukemia. **Nurs diagn**, Philadelphia, v. 9, n. 2, p. 49-61, 1998.

DENARDI, *et al.* **Enfermagem em radioterapia**. São Paulo: Lemar, 1ª edição, 2008.

DIAS, A. C. **Feridas em pacientes oncológicos: um cuidado de enfermagem**. Bigaçu, 2009. 68f. Monografia – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciência da Saúde.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP; NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. **Washington DC**: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014. Disponível em: www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-D/G/TAC-NPUAP-PPPIA-160ct2014.pdf Acesso em: 20 nov. 2014.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005.

FURUYA, R.K., *et al.* Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-75, mar. 2011.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos**. Fortaleza: RENE, 1998.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GOMES, I. P.; CAMARGO, T. C. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. s/n, p. 211-6, 2004.

GROCOTT P. The management of fungting malingnant wounds. **Journal of wound care**, Ruislip, v. 8, n. 5, p. 232-4, 1999.

HOSPITAL DO CÂNCER DO MARANHÃO – HCMA. **Hospital do Câncer Aldenora Bello**: Fundação Antônio Jorge Dino. Disponível em: < <http://fajd.org.br/imoab/o-instituto.aspx>> Acesso em: 09 fev 2014.

HORTA, W. A. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. **Rev Enfermagem Novas Dimensões**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-16. 1975.

_____. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. Com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - ICN. **CIPE®**, versão 2015 – Português do Brasil. Tradução: Telma Ribeiro Garcia (Internet). ICN, 2015. Disponível em: < http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Brazil-Portuguese_translation.pdf> Acesso em: 12 set. 2015

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO. **Health informatics**: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems: ISO 18104. Geneva (Switzerland), 2014. Disponível em: < http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431> Acesso em: 20 out. 2014.

JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 6, n. 1-2, jan/jun. 1995.

JOMAR, R. T.; BISPO, V. R. S. Diagnósticos de enfermagem mais comuns entre adultos/idosos hospitalizados com câncer: revisão integrativa. **Rev ecancer**, Rio de Janeiro, v. 468, n. 8, 2014.

LOPES, R. A. M. L.; MACEDO, D. D.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncológica. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.4, p. 35-41, 1997.

LOPES, M. H. B. M., *et al.* Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 354-360, 2013.

MACAVOY, S.; MORITZ, D. Nursing diagnoses in na oncology population. **Cancer Nursing**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 264-270, 1992.

MANRIQUE, F. M. C.; PEDRAZA, H. M. P. Prevalencia de diagnósticos de enfermeira em personas em tratamento oncológico. **Rev Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 26, n. 2, p. 212-217, 2008.

MATSUBARA, M. G., *et al.* **Feridas e Estomas em Oncologia**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012.

MCNESS, P.; MENESES, K. D. Pressure ulcers and other chronic wounds in patients with and patients without cancer: a retrospective, comparative analysis of healing patterns. **Ostomy Wound Manage**, King of Prussia, v. 53, n. 2, p. 70-8, 2007.

MELO, L. C., *et al.* Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-5, jul./set., 2010.

MEDEIROS, A. C. T. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos**: proposta de subconjunto terminológico da CIPE®. João Pessoa, 2011. 127f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MOHALLEM, A. G. C; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. Baurer, SP: Manole, 2007.

MOHANA, J. **O mundo e eu**. 9. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

MOORHEAD, S., *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. Tradução: Regina Machado Garcez et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORAIS, G. F.; OLIVEIRA, S. H.; SOARES, M. J. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, Santa Catarina, v. 17, n. 1, p. 98-105, nov. 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL – NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão Técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI, F. J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev Eletr Enf**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 286-94, 2009.

NASCIMENTO, D. M. *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 165-73, 2011.

NASCIMENTO, L. K.A.S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-85, mar. 2012.

NAYLOR, W. Palliative management of fungating wounds. **European Journal of Palliative Care**, Chipping Norton, v. 10, n. 3, p. 93-7, 2003.

_____. Part 1: symptom control in the management of fungating wounds. **World Wide Wounds**. [online]. 2002. Disponível em: <http://www.worldwidewounds.com/202/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>. Acesso em: 10/11/2014.

NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 556-9, jul-ago. 2006.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. S. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: ABEN, 2008/2009.

NOBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. **Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas**. In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Idéias, 2000.

OGASAWARA, C., *et al.* Nursing diagnoses and interventions of japonese patients with end-stage breast cancer admitted for diferente care purposes. **Int J Nurs Terminol Classif**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 54-64, 2005.

OLIVEIRA, L. M.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **Rev ConScientiae Saúde**. São Paulo, v.6, n.1, p.127-136. 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92960115> > Acesso em: 20 out. 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PIMENTEL, M. I. C. **Perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas em hospital de referência em oncologia no estado do Maranhão de São Luís – MA**. São Luís, 2014. 82f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança.

PRIMO, C. C., *et al.* Uso da classificação internacional para as práticas de enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 803-10, 2010.

PROMMIER, P., *et al.* Phase III randomized Trial of Calendula officinalis compared with Trolamine for the prevention of acut dermatitis during irradiation for breast cancer. **Jornal of Clinical Oncology**, Mill Road, v. 22, n. 8, 2004.

PULIDO, K. C. S. **Adaptação cultural e validação do instrumento “*star skin tear classification system*”, para língua portuguesa no Brasil**. São Paulo: 2010 189p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

QUEIROZ, A. C. C. M. **Lesão por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares**. Goiás, 2013. 149f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R.; MORAES, M. W. **Oncologia multiprofissional: bases para a assistência**. São Paulo: Manole, 2016.

RODRIGUES, B. A.; OLIVEIRA, P. P. **Casos clínicos em oncologia**. São Paulo: látria, 2013.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. São Paulo, 2004. 247f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

SANTOS, M. A. S. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: enfrentando desafios e tecendo novos arranjos**. São Luís, 2014. 169f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

SCHNEIDER, F. **Uso da calêndula *Officinalis* na prevenção e tratamento de adiodermite em cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado duplo cego**. Curitiba, 2012. 112f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

SHEPPARD, K. The relationships among nursing diagnoses in discharge planning for atients with lung cancer. **Nurs diagn**, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 148-55, 1993.

SILVA, A. J. M. **Actividade diagnóstica dos enfermeiros numa equipa de cuidados paliativos domiciliários: estudo de caso**. Lisboa, 2013. 113f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa / Faculdade de Medicina.

SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. Desvelando o saber/fazer sobre diagnósticos de enfermagem: uma experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 890-7, set-out. 2011.

SOUZA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor: problemas teóricos e metodológicos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.

SOUZA, L. M.; GORINI, M. I. P. C. Diagnósticos de enfermagem em adultos com leucemia mielóide aguda. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 417-25, 2006.

SPEKSNIJDER, H. T.; MANK, R. N.; ACHTERBERG, T. V. Nursing diagnoses (NANDA-I) in hematology-oncology: a delphi-study. **Int J Nurs Terminol Classif**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 77-91, 2011.

TANURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

UBALDO, I. **O diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital Universitário**. Florianópolis, 2012. 175f. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

VIDAL, M. L. B., *et al.* Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 17-24, 2013.

WEINGART, S. N., *et al.* Assessing the quality of pain care in ambulatory patients with advanced stage cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 43, n. 6, p. 1072-82, 2012.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002.

WOOLERY, M., *et al.* Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer. **Clin J Oncol Nurs**, Pittsburgh, v. 12, n. 2, p. 317-37, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - LEVANTAMENTO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS

LEVANTAMENTO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS					
UNIDADE DE INTERNAÇÃO () Clínica Médica Feminina () Clínica Médica Masculina () UTI 1 () UTI 2					
Data do Levantamento	Leitos Ocupados	Leitos Vagos	Pacientes sem Ferida	Pacientes com Ferida	
				n	Nome
//___					
//___					

APÊNDICE B – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM			
Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta			
1. Identificação			
Nome:		Prontuário:	Leito:
Admissão: ___/___/___	Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Sexo: () M () F
Procedência: () Domicílio () SPA () Outro Hospital () Unidade de Internação () Outros: _____			
Nacionalidade:	Naturalidade:	Nº de filhos:	Cor:
Estado Civil:	Escolaridade:	Profissão:	Renda:
Religião:	Informante: () Paciente () Familiar () Cuidador		
2. História Clínica, Progressiva e Familiar			
Motivo da Internação:			
Diagnóstico Inicial/Data:		Diagnóstico Atual:.....	
...../...../.....			
Tratamento Atual: () Clínico () Quimioterapia () Radioterapia () Cirúrgico, qual?			
Tratamento Anterior: () Não () Sim () Quimioterapia () Radioterapia () Cirúrgico, qual?			
Comorbidades Associadas: () Não () Sim, qual?			
Alergias: () Não () Sim, qual?			
Tabagismo: () Não () Sim Tempo.....		Etilismo: () Não () Sim	
Histórico familiar para câncer: () Não () Sim			
Parentesco/Tipo:			
3. Percepções e Expectativas			
Conhecimento sobre a doença e tratamento: () Nenhum () Adequado () Inadequado, descreva:			
Medos/Preocupações/Expectativas:			
4. Necessidades Humanas Básicas			
4.1 Psicobiológicas			
Sono e repouso:			
Quantas horas de sono/noite? () >6h () <6h () Insônia () Sonolência () Induzido			
Sono restaurador: () Não () Sim Sono Intermitente: () Não () Sim Repouso: () Sim () Não			
Nutrição:			
() Liberada () Suspensa, motivo:.....Nº de refeições/dia: () ≤3 () >3			
Aceitação da dieta: () Sim () Não, motivo:			
() Oral () NPT () NE () Ostomia Tipo de sonda: () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () JTT			
Hidratação:			
() Não restrita () Restrita, motivo:			
Quantidade:L/dia Como? () Durante as refeições () Nos intervalos			
Qual tipo? () água () refrigerante () suco () outros			
Eliminações:			
<u>Urinária:</u> Espontânea: () Sim () Não () Fralda () SVD () SVA () Ostomia, qual?		Quantidade/dia:	
Fluxo urinário: () Adequado () Diminuído () Ausente			
Características da urina: () Aspecto fisiológico () Concentrada,			
<u>Intestinal:</u> Espontânea: () Sim () Não, motivo:.....		Ausente Quantos dias?..... () diarreia ()	
flatulências Característica das fezes:			
Ostomia: tipo/local/aspecto/quantidade:			
Outras eliminações: Fístula? () não () sim, local/tipo:.....			
Cuidado Corporal:			
Autonomia para o autocuidado: () Sim () Não, descrever:.....			
Higiene corporal: () sim, nº de vezes/dia..... () não, descrever:.....			
Higiene oral: () sim, nº vezes/dia.... () não, descrever:.....			
Higiene genital: () sim, nº de vezes/dia..... () não, descrever:.....			
Banho: tipo? () aspersão () no leito nº vezes/dia? Horário? () M () T () N			
Atividade Física:			
() Não deambula, motivo:.....			
() Deambula () Deambula com auxílio, especificar:			
Sexualidade:			

Ativa: () Sim, nº de vezes/semana..... () Não, motivo:..... Abstinente: () Sim () Não Satisfatória: () Sim () Não Prazerosa: () Sim () Não Múltiplos parceiros? () Sim () Não Usa preservativo? () Sim () Não

Habitação:
Moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Outra: Tipo? nº de cômodos:.....
Animais domésticos: () Não () Sim, tipo/quantidade:..... Água encanada? () Sim () Não Eletricidade? () Sim () Não Coleta de lixo? () Sim () Não Rede de esgoto? () Sim () Não

Terapêutica/Exames:
Unidade de Saúde Próximo da Sua Moradia? () sim () não
Uso Medicamentos: () sem prescrição médica? Tipo/tempo:
() com prescrição médica, tipo/tempo? :.....

4.2 Psicossociais

Segurança Emocional:
Sente seguro com o atendimento da equipe médica: () Sim () Não, motivo:.....
Sente seguro com o atendimento da equipe de enfermagem: () Sim () Não, motivo:.....
Sentimentos positivos: () Não () Sim, quais?.....
Sentimentos negativos: () Não () Sim, quais?.....

Amor, Aceitação, Participação e Autorrealização:
Aceitação do diagnóstico/doença: () Sim () Não, motivo:
Vínculo com a família: () Sim () Não, motivo:
Pessoas de maior afinidade:
Rompimento de vínculos: () Não () Sim motivo:
Aceitação da família: ao Diagnóstico: () boa () regular () ruim Ao tratamento: () boa () regular () ruim

Gregária, recreação e lazer:
Com quem você conta quando precisa?
Interação Social: () Satisfatória () Participação de grupos sociais
() Insatisfatória, motivo:

Autoestima e Autoimagem:
Você gosta de se olhar no espelho? () Sim () Não, motivo:.....
Você gosta da sua imagem? () Sim () Não:.....

4.3 Psicoespiritual

Você crer em quê? Como vivência/frequência?.....
Solicita algum acompanhamento religioso/espiritual? () Sim () Não, qual?

5. Exame Físico

6.1 Sinais Vitais

Peso aferido:Kg **Peso estimado:**Kg **Altura:**cm **PA:**x..... mmHg () Dx..... mmHg () E
FC: bat/min () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico **TAX:** °C
SPO2:% **FR:**..... irpm Suporte ventilatório: () Ar Ambiente () O2 Cateter nasal () O2 Macronebulização () O2 Máscara Venturi
() VM () TQT () TOT () TNT
Dor: EVA: 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10 Características/Localização da dor:

6.1 Inspeção Geral

Comunicação, Orientação no tempo e espaço e Nível de consciência:
Comunicação: () Oral () Escrita () Gestual
Linguagem: () Verbal () Não verbal, características:
Orientação: () Orientado () Desorientado () Confuso () Alerta () Sonolento () Agitado () Torporoso
() Sedado Escala de Ramsay: () Comatoso Escala de Gasglow:

Percepção dos órgãos dos sentidos:
Acuidade visual:() Sem Alteração () Com Alteração () D () E, descrever:.....
Acuidade auditiva: () Sem Alteração () Com Alteração () D () E, descrever:.....
Uso de aparelho auditivo: () Sim () Não
Acuidade olfativa: () Sem Alteração () Com Alteração, descrever:.....

Estado nutricional:
() Eutrófico () Emagrecido () Caquético () Obeso

Pele:
() Integridade preservada () Normocorada () Hipocorada/+4 () Cianótica/+4 () Ictérica/+4
() Sudorese () Prurido () Hiperemia () Cicatrizes () Petéquias () Equimoses () Hematomas
() Risco de úlceras () Braden: _____ pontos Turgor da pele: () Normal () Alterado
() Integridade comprometida:
() Lesão,tipo/quantidade/local/aspecto:.....
.....
() Drenos, tipo/quantidade/local:.....
() Cateteres Venosos, tipo/local/data:

6.3 Cabeça e Pescoço

Cabeça: Couro cabeludo: () Íntegro () Lesões () Limpo () Sujo () Pediculose () Seborréia Perda de cabelo: () Total () Parcial Boca: Mucosa: () Íntegra () Normocorada () Hipocorada () Lesões, tipo: Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese Pescoço: Nódulos: () Sim, aspecto: () Não Extase jugular: () Não () Sim () D () E		
6.4 Tórax		
Expansibilidade torácica: () Simétrica () Assimétrica, () D () E () Aumentada () Diminuída Ausulta pulmonar: MV: () Aumentados () Diminuídos () Ausentes Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores Tosse: () Improdutiva () Produtiva () Expectoração Ausulta cardíaca: () Sons cardíacos normais () Sons cardíacos anormais Arritmias: () Não () Sim, tipo:		
6.5 Abdômen		
() Plano () Globoso () Escavado () Flácido () Tenso () Distendido () Ascítico () Doloroso à palpação RHA: () Normais () Ausentes () Diminuídos () Aumentados		
6.6 MMSS e MMII		
() Simétricos () Assimétricos, () MMSS () MMII <u>Rede Venosa:</u> () Visível () Esclerosada, () Perfusão mantida () Cianose <u>Edema:</u> () Pés:/+4 () MMSS:/+4 () MMII:/+4 () Anasarca () Paresia () Parestesia () Hemiplegia: () D () E () Paraplegia () Tetraplegia Força muscular: () sem alterações () Perda força motora, local: Tônus muscular: () sem alterações () Perda tônus muscular, local:		
6.7 Genitais		
() Integridade preservada () Integridade comprometida, cite: () Prurido vulvar () Dismenorréia () Amenorréia () Metrorragia () Leucorréia () Varizes () Testículos ectópicos		
6. Impressões e Observações do Enfermeiro sobre o Paciente		
.....		
Data: ___/___/___	Hora:	Enfermeiro/COREN:
ESCALAS		
Escala de Ramsay Paciente Acordado: Nível 1. Ansioso e agitado, ou inquieto, ou ambos Nível 2. Cooperativo, orientado e tranquilo Nível 3. Responde apenas a comandos Paciente Dormindo: Nível 4. Respostas rápidas Nível 5. Respostas lentas Nível 6. Sem respostas		
Escala de Glasgow Abertura Ocular: 4. Espontânea; 3. Ao comando verbal; 2. À dor; 1. Ausente Resposta Motora: 6. Obedece ao comando; 5. Localiza dor; 4. Flexão inespecífica; 3. Flexão hipertônica; 2. Extensão hipertônica; 1. Sem resposta Resposta Verbal: 5. Orientado; 4. Desorientado e conservado; 3. Palavras inapropriadas 2. Sons incompreensíveis; 1. Sem resposta		
Escala de Braden Percepção Sensorial: 1. Completamente Limitado 2. Muito Limitado 3. Levemente Limitado 4. Sem Limitações Umidade: 1. Umidade Constante 2. Úmido 3. Úmido Ocasionalmente 4. Raramente úmido Atividade: 1. Restrito ao Leito 2. Restrito a Cadeira 3. Deambula Ocasionalmente 4. Deambula com Frequência Mobilidade: 1. Imóvel Completamente 2. Muito Restrita 3. Discreta Limitação 4. Sem Restrição Nutrição: 1. Muito Deficiente 2. Inadequada 3. Adequada 4. Excelente Fricção e Cisalhamento 1. Problema 2 Problema Potencial 3. Sem Problema		

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DAS FERIDAS. (Continua...)

AVALIAÇÃO DAS FERIDAS IDENTIFICADAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS			
I - IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____		Data: ___/___/___	Setor: _____ Tratamento Indicado: _____
Tipo de Ferida / Quantidade: () 1. Lesão por fricção __ () 2. UPP __ () 3. Mucosite __ () 4. Radiodermite __ () 5. Neoplásica __ () 6. Cirúrgica __ () 7. Outras: _____			
Equipe Executora: () Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Enfermeiro			
II - AVALIAÇÃO			
		Tipo () Local: _____ Classificação: _____	Tipo () Local: _____ Classificação: _____
Tempo da lesão	() Mês () Ano () dia		
Número de trocas/dia	() Secundário () Primário		
Perda de tecido	1. Epiderme, 2. Derme, 3. Subcutâneo, 4. Tendão, 5. Músculo, 6. Osso		
Extensão da ferida	Altura (cm), Largura (cm), Superficial ou profunda (mm)		
Tecido do leito da ferida	1. Granulação (%), 2. Hipergranulação (%), 3. Esfacelo (%), 4. Necrótico (%), 5. Epitelização (%)		
Bordos da Ferida	1. Descolamento. 2. Desvitalização, 3. Maceração, 4. Granulação. 5. Epitelização		
Tecido perilesional	1. Hiperemia, 2. Hematoma, 3. Edema, 4. Laceração, 5. Dermatite, 6. Flictema		
Aspecto do Exsudato	Aparência: 1. Seroso, 2. Purulento, 3. Hemático Odor: 1. Inodoro, 2. Discreto, 3. Fétido, 4. Intenso Cor: 1. Amarelado, 2. Esbranquiçado, 3. Esverdeado, 4. Acastanhado Drenagem: 1. Pouco, 2. Médio, 3. Grande, 4. Abundante		
Dor	a. Durante o curativo b. Após o curativo EVA: 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10		

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DAS FERIDAS. (Conclusão)

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÕES	
Lesão por pressão	<p>Categoria I – eritema não branqueável em pele íntegra; Categoria II – perda parcial da espessura da pele (derme) ou flictema, íntegra ou não; Categoria III – perda total da espessura da pele e tecido subcutâneo visível, mas sem comprometimento de osso, tendão ou músculo; Categoria IV – perda total da espessura dos tecidos (músculo / osso visível); Não classificáveis ou sem classificação – perda total da espessura da pele, profundidade desconhecida; Fonte: NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014.</p>
Lesão Por Fricção	<p>Categoria 1a – retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal, coloração não se apresenta pálida, opaca ou escurecida; Categoria 1b - retalho de pele pode ser realinhado na posição anatômica normal, coloração apresenta-se pálida, opaca ou escurecida; Categoria 2a - retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal, coloração não se apresenta pálida, opaca ou escurecida; Categoria 2b - retalho de pele não pode ser realinhado na posição anatômica normal, coloração apresenta-se pálida, opaca ou escurecida; Categoria 3 – retalho de pele está completamente ausente; Fonte: Pulido, 2010.</p>
Mucosite	<p>Grau 0 – sem alteração; Grau 1 – sensibilidade e eritema; Grau 2 – eritema, úlcera. Pode deglutir alimentos sólidos; Grau 3 – eritema extenso e úlcera. Não pode deglutir alimentos sólidos; Grau 4 – eritema e mucosite extensa. Não pode deglutir; Fonte: Albuquerque, Camargo, 2007.</p>
Radiodermite	<p>Grau 0 – sem reação de pele; Grau 1 – eritema folicular moderado, epilação, hiperpigmentação, descamação seca; Grau 2 – eritema intenso, edema moderado, descamação úmida em placas; Grau 3 – eritema rubro-escuro, brilhante e doloroso, descamação úmida confluyente; Grau 4 – ulceração, hemorragia, necrose; Fonte: Brasil, 2010.</p>
Neoplásica	<p>Estágio 1 – pele íntegra, avermelhada ou violácea, nódulo visível, assintomático; Estágio 1N – pele íntegra ou não íntegra por abertura de orifício de drenagem, dor ou prurido, sem odor; Estágio 2 – ferida aberta, envolve derme e epiderme, processo inflamatório em periferia, dor e odor ocasionais; Estágio 3 – ferida espessa com comprometimento do tecido subcutâneo, lesões satélites em risco de ruptura, friável, ulcerada ou vegetativa; Estágio 4 – ferida comprometendo profundas estruturas anatômicas, odor fétido e dor; Haisfiel; Baxendale, 1999. Em: Matsubara, 2012.</p>
OBSERVAÇÕES	

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Patrícia Lima Queiroz, sou Enfermeira, aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e nesse momento convido você a participar de uma pesquisa intitulada “DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS”. Trata-se de uma pesquisa para fins de elaboração da Dissertação do Mestrado de Enfermagem.

A sua participação é muito importante para este estudo, pois você, poderá fornecer informações que possibilitem identificar a prevalência e tipo de feridas apresentadas em pacientes com câncer.

A sua participação não é obrigatória, e em qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo à sua pessoa, pois será garantido o sigilo das informações colhidas, e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que resultar deste estudo.

Não haverá pagamento pela sua participação neste estudo, bem como você não terá nenhuma despesa.

Caso aceite participar desta pesquisa, a sua participação envolverá as seguintes etapas:

1. Permitir a coleta de informações no prontuário e por meio de entrevista direta. Informações, como data de nascimento, sexo, procedência, nacionalidade, naturalidade, número de filhos, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, além do motivo da internação, diagnóstico inicial e atual, tipo de tratamento anterior e atual, doenças associadas (Diabetes, Hipertensão, entre outras), alergias, uso de cigarro e de bebida alcoólica.
2. Responder as perguntas de um questionário que favorecerá o levantamento de dados, a partir das suas necessidades humanas básicas (psicológicas, biológicas, sociais e espiritual), e da avaliação do exame físico do seu corpo;
3. Permitir a observação das feridas apresentadas no seu corpo no momento da renovação do curativo realizado pela equipe de enfermagem, a fim de avaliar as feridas apresentadas quanto ao tipo, localização corporal, classificação, exsudato (secreção), odor, sangramento e tempo de existência.

Esses procedimentos não acarretarão nenhum tipo de risco, porém caso sinta algum desconforto em qualquer fase da pesquisa, você poderá solicitar auxílio às pesquisadoras por meio dos endereços e telefones abaixo, ou se recusar a responder qualquer pergunta caso sinta incômodo.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados desse estudo não possibilitarão a sua identificação, a qual será codificada pelas letras iniciais do seu nome, garantindo assim seu anonimato e a sua privacidade. Os registros das informações coletadas ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído (queimado).

Como pesquisadoras nosso compromisso será o de apresentar os resultados da pesquisa para a equipe de enfermagem da unidade hospitalar, que fazem parte da instituição pesquisada e que prestam cuidados de enfermagem ao paciente

oncológico com feridas, além da divulgação para a comunidade acadêmica por meio de publicações científicas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento. Consta ainda, o endereço e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, para denúncias nos casos de implicações éticas da pesquisa.

Reiteramos que sua participação é voluntária e caso concorde em participar deverá assinar em duas vias este termo, ou caso ainda queira um tempo para analisar sobre sua participação, agradecemos a sua atenção.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Luís/MA ____/____/____

Participante da Pesquisa

Pesquisadoras:

Profa Dra Santana de Maria Alves de Sousa
Pesquisadora Responsável
End: Av. dos Portugueses s/n
Campos Universitário do Bacanga
Centro Pedagógico Paulo Freire
Sala do Depto. de Enfermagem
São Luís/MA Telefone: (98) 32729706

Mda. Patrícia Lima Queiroz
Pesquisadora Assistente
End: Rua do Aririzal
Cond. Prado Residence
Bloco 6b, Apt 206
Cohama
São Luis/MA Telefone: (98) 988044252

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão

Avenida dos Holandeses s/n, Campus Universitário do Bacanga,
Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C, Sala 07.

E-mail para correspondência: cepufma@ufma.br

São Luís/MA Telefone: (98) 32728709

APÊNDICE E - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A VERSÃO CIPE 2015

Necessidade Humana Básica		Fenômeno de enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem Eixo foco + Eixo Julgamento
Psicobiológica	Regulação Neurológica, Sono e repouso, Motilidade/Mecânica corporal/Locomoção, Exercícios e atividades Físicas		
	Percepção dos órgãos dos sentidos		
	Oxigenação		
	Regulação Vascular		
	Regulação Hidroeletrolítica, Hidratação, Nutrição, Eliminação		
	Regulação Térmica		
	Regulação Hormonal, Sexualidade		
	Cuidado Corporal, Integridade Cutâneo mucosa e Física		
	Ambiente e Abrigo		
	Dor		
	Terapêutica/ Exames		
Psicosociais	Orientação no Tempo e Espaço, Comunicação, Atenção		
	Gregária, Participação, Amor		
	Aceitação, Autoestima, Autorealização, Autoimagem, Segurança Emocional		
	Espaço		
Psicoespirituais	Religião / Espiritualidade		

APÊNDICE F – DISTRIBUIÇÃO QUANTITATIVA DOS LEITOS OCUPADOS E DA OCUPAÇÃO POR PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS

DATA DA COLETA DE DADOS	QUANTIDADE DE LEITOS OCUPADOS				PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS			
	CLÍNICA MÉDICA FEMININA	CLÍNICA MÉDICA MASCULINA	UTI I	UTI II	CLÍNICA MÉDICA FEMININA	CLÍNICA MÉDICA MASCULINA	UTI I	UTI II
12/08/15	23	17	6	4	5	5	0	2
13/08/15	24	16	6	4	5	6	0	2
17/08/15	24	16	4	4	4	7	0	1
18/08/15	24	15	5	4	6	7	1	2
19/08/15	22	14	5	4	6	8	3	2
20/08/15	24	16	6	4	6	8	3	2
21/08/15	23	15	6	4	6	7	3	2
24/08/15	24	16	5	4	6	5	3	3
25/08/15	24	15	5	4	6	6	2	4
26/08/15	24	15	6	4	6	7	2	4
27/08/15	20	18	6	4	5	7	2	3
28/08/15	23	18	6	4	6	8	2	3
31/08/15	22	17	6	4	4	8	2	2
01/09/15	24	17	6	4	4	6	3	2
02/09/15	24	17	6	4	4	6	3	2
03/09/15	23	16	6	4	4	5	3	3
11/09/15	24	15	6	3	7	6	1	2
14/09/15	23	14	5	3	5	5	1	1
15/09/15	21	18	5	3	4	5	1	1
16/09/15	21	18	5	3	4	5	0	1
18/09/15	24	16	6	4	5	6	2	1
21/09/15	24	16	3	3	4	6	2	1
24/09/15	22	17	3	3	4	8	2	1
25/09/15	21	16	4	3	3	8	3	1
28/09/15	21	16	3	2	2	6	3	2
29/09/15	22	16	5	1	2	7	2	2
01/10/15	24	17	5	2	2	8	2	2
06/10/15	24	17	6	2	1	7	3	2
08/10/15	22	15	6	4	1	7	1	3
13/10/15	20	14	5	3	2	5	1	3
	Média 95%	Média 89,4%	Média 87,17%	Média 85%	Média 17,9%	Média 36,11%	Média 31,17%	Média 52,5%

APÊNDICE G - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS. (Continua...)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Sono e repouso sono adequado sesta eficaz	10 17	33,3 56,7	Sono e repouso sono prejudicado sesta ineficaz Sonolência risco de sono prejudicado insônia presente sono intermitente	20 13 7 10 7 13	66,7 43,3 23,3 33,3 23,3 43,3
Nutrição capacidade para deglutição eficaz ingestão nutricional eficaz regime de nutrição enteral positiva resposta à nutrição enteral eficaz peso eficaz condição nutricional positiva	22 13 4 4 9 10	73,3 43,3 13,3 13,3 30 33,3	Nutrição capacidade para deglutição prejudicada ingestão nutricional prejudicada risco de ingestão de alimentos insuficiente risco de estar com peso abaixo do esperado peso prejudicado baixo peso condição nutricional prejudicada vômito apetite diminuído falta de apetite paladar prejudicado dispepsia presente náusea caquexia percebida	8 17 23 9 21 21 20 4 8 7 10 1 1 1	26,7 56,7 76,7 30 70 70 66,7 13,3 26,7 23,3 33,3 3,3 3,3 3,3
Hidratação hidratação adequada ingestão de líquidos eficaz	19 19	63,3 63,3	Hidratação padrão de ingestão de líquidos prejudicado desequilíbrio de líquidos ingestão de líquidos prejudicada hidratação prejudicada risco de desidratação	13 5 11 11 8	43,3 16,7 36,7 36,7 26,7
Atividade física deambulação normal mobilidade em cadeira de rodas eficaz marcha com uso de dispositivo eficaz	12 4 1	40 13,3 3,3	Atividade física deambulação prejudicada mobilidade prejudicada mobilidade na cama prejudicada	18 16 9	60 53,3 30

APÊNDICE G - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS. (Continuação)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Eliminação			Eliminação		
eliminação de urina normal	15	50	frequência urinária baixa	10	33,3
frequência urinária normal	20	66,7	risco de função do sistema urinário prejudicada	6	20
eliminação de urina via urostomia	1	3,3	infecção do trato urinário	1	3,3
eliminação de urina via cateter urinário	5	16,7	risco de obstrução de urina	11	36,7
urina eficaz	16	53,3	urina prejudicada	14	46,7
processo do sistema urinário eficaz	16	53,3	incontinência urinária	1	3,3
defecação eficaz	14	46,7	processo do sistema urinário prejudicado	14	46,7
processo do sistema gastrointestinal eficaz	14	46,7	defecação prejudicada	16	53,3
eliminação de fezes via colostomia	1	3,3	constipação percebida	12	40
			processo do sistema gastrointestinal prejudicado	16	53,3
			risco de constipação	16	53,3
			motilidade intestinal prejudicada	16	53,3
			diarréia presente	1	3,3
			incontinência intestinal	1	3,3
			ascite presente	1	3,3
Cuidado corporal			Cuidado corporal		
capacidade para tomar banho eficaz	12	40	capacidade para tomar banho prejudicada	18	60
capacidade para vestir-se eficaz	12	40	capacidade para vestir-se prejudicada	18	60
capacidade para arrumar-se eficaz	11	36,7	capacidade para arrumar-se prejudicada	18	60
capacidade para executar o autocuidado	12	40	capacidade para executar o autocuidado prejudicada	19	63,3
padrão de higiene oral eficaz	9	30	padrão de higiene oral prejudicada	18	60
higiene corporal eficaz	16	53,3	falta de conhecimento sobre higiene oral	12	40
capacidade para executar a higiene eficaz			higiene corporal prejudicada	21	70
			capacidade para executar a higiene prejudicada	14	46,7
Sexualidade			Sexualidade		
relação sexual positiva	3	10	relação sexual prejudicada	27	90
desempenho sexual eficaz	11	36,7	desempenho sexual prejudicado	19	63,3
promiscuidade positiva	6	20	relacionamento negativo	16	53,3
relacionamento positivo	14	46,7	mutilação genital masculina presente	5	16,7
			mutilação genital feminina presente	1	3,3
			risco de doença positiva	10	33,3

APÊNDICE G - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS. (Continuação)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE AFIRMATIVOS			DE NEGATIVOS		
	n	%		n	%
Integridade física			Integridade física		
perfusão tissular periférica normal	2	6,7	perfusão tissular periférica prejudicada	28	93,3
dentição eficaz	14	46,7	risco de integridade da pele, prejudicada	18	60
processo do sistema tegumentar eficaz	4	13,3	integridade da pele prejudicada	30	100
integridade tissular da membrana mucosa oral eficaz			acesso intravenoso periférico presente	25	83,3
			acesso intravenoso central presente	4	13,3
			acesso venoso subcutâneo	1	3,3
			risco de infecção	29	96,7
			úlceras de pé diabético presente	1	3,3
			risco de úlcera de pé diabético	1	3,3
			risco de lesão por transferência	4	13,3
			risco de lesão por pressão	15	50
			lesão por radiação presente	3	10
			risco de lesão por radiação	3	10
			lesão maligna presente	17	56,7
			lesão por quimioterapia em cavidade oral	2	6,7
			lesão por pressão	7	23,3
			ferida traumática	2	6,7
			ferida cirúrgica aberta	1	3,3
			prurido presente	3	10
			processo do sistema tegumentar prejudicado	16	53,3
			integridade tissular da membrana mucosa oral prejudicada	26	86,7
			dentição prejudicada	16	53,3
Habitação			Habitação		
processo ambiental positivo	14	46,7	processo ambiental prejudicado	16	53,3
condição habitacional adequada	20	66,7	condição habitacional inadequada	10	33,3
serviço de tratamento de água adequado	26	86,7	serviço de tratamento de esgoto negativo	17	56,7
serviço de coleta de lixo adequado	21	70	serviço de coleta de lixo negativo	9	30
serviço de energia adequado	27	90	serviço de energia prejudicado	3	10
serviço de tratamento de esgoto adequado	13	43,3	serviço de tratamento de água prejudicado	4	13,3
Terapêutica/Exames			Terapêutica/Exames		
manutenção da saúde eficaz	17	56,7	manutenção da saúde prejudicada	13	43,3
regime medicamentoso complexo	24	80	necessidade de cuidado de saúde prejudicado	14	46,7
necessidade de cuidado de saúde eficaz	16	53,3	problema de continuidade do cuidado	11	36,7

APÊNDICE G - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS. (Continuação)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
			falta de conhecimento sobre regime medicamentoso	13	43,3
Oxigenação			Oxigenação		
respiração eficaz	28	93,3	Dispneia	1	3,3
frequência respiratória normal	29	96,7	frequência respiratória prejudicada	1	3,3
frequência respiratória normal por traqueostomia	4	13,3	risco de função do sistema respiratório prejudicada	7	23,3
condição respiratória eficaz	23	76,7	expectoração presente	5	16,7
circunferência torácica normal	26	86,7	tosse moderada	5	16,7
			condição respiratória prejudicada	7	23,3
			circunferência torácica diminuída	2	6,7
			circunferência torácica aumentada	2	6,7
Regulação vascular			Regulação vascular		
pressão arterial nos limites normais	26	86,7	taquicardia presente	4	13,3
frequência cardíaca nos limites normais	26	86,7	pressão arterial alterada	4	13,3
função cardíaca eficaz	26	86,7	hipertensão	4	13,3
função vascular periférica eficaz	12	40	função vascular periférica prejudicada	18	60
			edema moderado em MMII	2	6,7
			edema moderado em MID	5	16,7
			edema moderado em MMSS	4	13,3
			edema moderado em MSE	1	3,3
			edema moderado em MIE	6	20
			edema moderado em pé	8	26,7
			edema linfático alto e presente	3	10
Regulação térmica			Regulação térmica		
termorregulação eficaz	30	100	-----	-	
Regulação neurológica			Regulação neurológica		
função motora fina eficaz	16	53,3	função motora fina prejudicada	14	46,7
condição musculoesquelética eficaz	12	40	condição musculoesquelética prejudicada	18	60
Sensopercepção			Sensopercepção		
orientação eficaz	28	93,3	Sonolência	7	23,3
estado de alerta eficaz	21	70	cognição prejudicada	1	3,3
capacidade visual eficaz	18	60	capacidade visual prejudicada	12	40
capacidade auditiva eficaz	24	80	percepção sensorial negativa	4	13,3
percepção sensorial positiva	26	86,7	sentido do olfato prejudicado	4	13,3
sentido do olfato eficaz	26	86,7	dispositivo ortótico ausente	2	6,7
controle da dor adequado	4	13	dispositivo ortótico presente	4	13,3
			capacidade auditiva prejudicada	6	20
			dor oncológica	29	96,7
			dor por ferida	10	33,3
			hiperalgesia presente	18	60
				25	83,3

APÊNDICE G - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS. (Conclusão)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOBIOLOGICAS					
DE AFIRMATIVOS		n	%	DE NEGATIVOS	
				dificuldade de enfrentamento da dor	25 83,3

APÊNDICE H - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOSSOCIAIS. (Continua ...)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOSSOCIAIS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Segurança emocional satisfação com atenção à saúde esperança presente	29 18	96,7 60	Segurança emocional satisfação com atenção à saúde prejudicada Medo Ansiedade Angústia Vergonha regime de cuidados paliativos ausente choro sofrimento processo de luto antecipado solidão presente comportamento de isolamento presente medo da morte tristeza	1 19 7 7 3 19 13 23 14 21 14 16 23	3,3 63,3 23,3 23,3 10 63,3 43,3 76,7 46,7 70 46,7 53,3 76,7
Amor, aceitação, participação e autorrealização aceitação do estado de saúde enfrentamento familiar eficaz comunicação familiar eficaz apoio familiar positivo	12 13 21 26	40 43,3 70 86,7	Amor, aceitação, participação e autorrealização aceitação do estado de saúde prejudicado processo familiar interrompido comunicação familiar prejudicada apoio familiar prejudicado enfrentamento familiar prejudicado	18 5 9 4 17	60 16,7 30 13,3 56,7
Gregária, recreação e laser apoio social eficaz socialização positiva	18 16	60 53,3	Gregária, recreação e laser tomada de decisão prejudicada socialização prejudicada apoio social prejudicado autonomia prejudicada	16 14 12 13	53,3 46,7 40 43,3
Autoestima e Autoimagem autoimagem positiva autoestima positiva imagem corporal positiva	9 10 13	30 33,3 43,3	Autoestima e Autoimagem autoimagem negativa autoestima negativa adaptação prejudicada imagem corporal perturbada	21 20 18 17	70 66,7 60 56,7
Percepções e expectativas -----	--	0	Percepções e expectativas parentalidade prejudicada expectativa sobre tratamento irrealista processo de enfrentamento prejudicado negação sobre a severidade da doença	16 22 23 11	53,3 73,3 76,7 36,7

APÊNDICE H - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOSSOCIAIS. (Conclusão)

NECESSIDADES HUMANAS PSICOSSOCIAIS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
			falta de conhecimento sobre doença	19	63,3
			conhecimento sobre doença parcial	4	13,3
Comunicação comunicação verbal eficaz	22	73,3	Comunicação barreira na comunicação	6	20
capacidade para comunicar-se eficaz	23	76,7	autorrevelação inapropriada	6	20
			comunicação verbal prejudicada	8	26,7
			capacidade para comunicar-se pela fala prejudicada	8	26,7

APÊNDICE I - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSITIVOS E NEGATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM FERIDAS, SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS PSICOESPIRITUAIS.

NECESSIDADES HUMANAS PSICOESPIRITUAIS					
DE AFIRMATIVOS	n	%	DE NEGATIVOS	n	%
Religiosidade crença religiosa positiva	30	100	Religiosidade risco de crença religiosa conflituosa	12	40
Espiritualidade crença espiritual positiva comportamento espiritual eficaz	30 21	100 70	Espiritualidade comportamento espiritual prejudicado	9	30

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Nº 1.161.269.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM

Pesquisador: SANTANA DE MARIA ALVES DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44080115.3.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.161.269

Data da Relatoria: 30/06/2015

Apresentação do Projeto:

Objetiva-se nesse estudo, elaborar diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em pacientes oncológicos com feridas, sob a luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, exploratória e descritiva de abordagem quantitativa. O estudo será realizado no período de julho a setembro de 2015, num hospital de referência em prevenção e tratamento para o câncer no estado do Maranhão, sendo a população constituída por pacientes oncológicos internados no período da coleta de dados da pesquisa, nos setores de clínica médica feminina (24 leitos), clínica médica masculina (18 leitos), Unidade de Terapia Intensiva I (6 leitos) e Unidade de Terapia Intensiva II (4 leitos). Os dados serão coletados, por meio de três instrumentos: a) Levantamento dos pacientes oncológicos com feridas ; b) Histórico de enfermagem; c) Avaliação das feridas. A partir da coleta dos dados, serão utilizados os termos combinatórios dos Eixos Foco e Julgamento contidos na CIPE para a construção dos diagnósticos de enfermagem, estes elaborados com o auxílio de um quadro que contemplará três colunas: Necessidades Humanas Básicas, Fenômeno de Enfermagem e Diagnóstico de Enfermagem (eixo foco e eixo julgamento). Os dados quantificáveis levantados na coleta permitirão a alimentação de um banco de dados, no qual serão tabulados para a realização descritiva, representada pela proporção e distribuição de frequências, pelo programa Microsoft Excel ©2007, apresentados em gráficos e tabelas e

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Nº 1.161.269 (Continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.161.269

discutidos a luz da literatura. A pesquisa será norteada pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de

Saúde, a fim de atender os princípios e aspectos éticos de uma pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em pacientes oncológicos com feridas.

Objetivo Secundário:

Verificar os pacientes oncológicos com feridas;

Caracterizar dados sócio demográficos e clínicos, dos pacientes oncológicos com feridas;

Identificar as necessidades humanas básicas afetadas, segundo a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta;

Identificar os tipos de feridas apresentadas pelos pacientes oncológicos com feridas;

Avaliar as feridas apresentadas quanto ao tipo, localização anatômica, classificação,

exsudato, dor, odor, sangramento e tempo de existência; Determinar os eixos foco e julgamento dos diagnósticos de enfermagem da CIPE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são associados à quebra das informações pertinentes aos participantes da pesquisa, e aos aspectos emocionais devido ao compartilhamento de informações pessoais ou à identificação de lacunas de conhecimento do sujeito nas etapas de levantamento de dados e histórico de enfermagem.

Benefícios:

Os benefícios são referidos pela possibilidade de contribuir com o conhecimento científico influenciando a busca pelo desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a escolha do embasamento teórico e o envolvimento da equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem sedimentada com bom referencia teórico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios foram corrigidos e estão de acordo com a resolução.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado Nº 1.161.269 (Continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA

Continuação do Parecer: 1.161.269

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 28 de Julho de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br