



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

NURSING DIAGNOSES FOR PATIENTS WITH HEMATOLOGICAL TOXICITY AFTER ANTINEOPLASTIC CHEMOTHERAPY BASED ON THE ICNP®

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM TOXICIDADE HEMATOLÓGICA PÓS-QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA COM BASE NA CIPE®

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES CON TOXICIDAD HEMATOLÓGICA DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA CON BASE EN LA CIPE®

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho¹, Angela Amorim de Araújo², Maria Miriam Lima da Nóbrega³

ABSTRACT

Objective: to compose affirmative the nursing diagnosis, based on ICNP® Version 1.0, for patients with hematological toxicity after antineoplastic chemotherapy. **Methodology:** a descriptive exploratory study developed from identification of priorities in terms of ICNP®, for the construction of affirmative the nursing diagnosis for patients with haematological toxicity after antineoplastic chemotherapy, using the construction of affirmative criterion provided by International Council of Nurses and in accordance with ISO 18.104. **Results:** since the terms were constructed eleven affirmative the nursing diagnosis: Immunologic impairment process; Fever; Dyspnea; Impaired skin integrity; Fading; Inability to perform self-care in hospitalization or in domicile; Risk for infection; Risk for septic shock; Risk for hemorrhaging process; Risk for trauma; Risk for non adherence to treatment. **Conclusion:** conclude that the results of the study demonstrated the service to the proposed objective and it is expected that these diagnoses nursing care applied in patients with haematological toxicity after antineoplastic chemotherapy is possible to achieve an effective assistance to this clientele. **Descriptors:** nursing, nursing diagnosis, chemotherapy, neoplasm, classification, practice nursing.

RESUMO

Objetivo: construir afirmativas de diagnósticos de enfermagem, com base na CIPE® Versão 1.0, para pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica. **Metodologia:** estudo exploratório descritivo desenvolvido a partir da identificação de termos nos eixos da CIPE®, para a construção de afirmativas diagnósticas aplicáveis a pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica, utilizando os critérios de construção de afirmativas apresentados pelo Conselho Internacional de Enfermagem e de acordo com a ISO 18.104. **Resultados:** a partir dos termos identificados foram construídas onze afirmativas de diagnósticos de enfermagem: Processo imunológico prejudicado; Febre; Dispneia; Integridade da pele prejudicada; Fadiga; Incapacidade para executar o autocuidado na hospitalização ou no domicílio; Risco para infecção; Risco de choque séptico; Risco para hemorragia; Risco para trauma; Risco para não aderência ao tratamento. **Conclusão:** conclui-se que os resultados do estudo evidenciaram o atendimento ao objetivo proposto e espera-se que com a aplicação desses diagnósticos de enfermagem na assistência ao paciente com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica seja possível à realização de uma assistência eficaz para esta clientela. **Descritores:** enfermagem, diagnósticos de enfermagem, quimioterapia, neoplasia, classificação, prática de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: construir las declaraciones de los diagnósticos de enfermería, con base en la CIPE® versión 1.0, para los pacientes con toxicidad hematológica después de la quimioterapia antineoplásica. **Metodología:** estudio descriptivo exploratorio desarrollado a partir de la identificación de términos en la CIPE®, para la construcción de declaraciones de diagnósticos de enfermería para los pacientes con toxicidad hematológica después de la quimioterapia antineoplásica, utilizando los criterios del construcción de la afirmativas presentados por lo Consejo Internacional de Enfermeras y de conformidad con la ISO 18.104. **Resultados:** a partir de los términos se construyeron once declaraciones de diagnósticos de enfermería: Proceso inmunológico perjudicado, Fiebre, Dipnea, Alteración de la integridad cutánea, Fatiga, Incapacidad para ejecutar lo autocuidado en lo hospital o en lo domicilio, Riesgo de infección, Riesgo de shock séptico, Riesgo de hemorragias, Riesgo de traumatismo, Riesgo de incumplimiento con el tratamiento. **Conclusión:** se concluye que los resultados del estudio demostraron que el objetivo propuesto foi alcanzado, y se espera que la aplicación estos diagnósticos de enfermería en lo cuidados en pacientes con toxicidad hematológica después de la quimioterapia antineoplásica es posible lograr una asistencia eficaz a esta clientela. **Descriptores:** enfermería, diagnóstico de enfermería, quimioterapia, neoplasia, clasificación, práctica de enfermería.

¹Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. E-mail: linawac@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora da Escola Técnica de Saúde e Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. E-mail: angeladb7@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

O câncer se denomina como um complexo de doenças crônico-degenerativas constituído de mais de duzentas doenças diferentes, cada uma com suas características, sintomas e prognósticos; é composto por células anormais, com rápida divisão celular, que não respondem aos estímulos normais do organismo, têm pouca aderência entre si, passam praticamente ilesas pelo sistema imunológico e tem a capacidade de metastatização, isto é, podem se implantar em outros órgãos.¹ É ainda uma das doenças mais temidas e estigmatizadas, e hoje se apresenta como um dos maiores problemas de saúde pública que o Brasil enfrenta.

Nos últimos anos observou-se um crescente aumento na taxa de incidência de neoplasias malignas e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano surgem cerca de sete milhões de casos novos de câncer, fazendo com que esta se torne a segunda causa de morte no país perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. O aumento na estimativa de vida da população contribuiu em muito para estes índices.²

Apesar de ser uma doença de difícil tratamento, se detectado precocemente o câncer tem cura desde que seja empregada a terapêutica correta.³ Para tratá-lo dispõe-se de cinco modalidades terapêuticas: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, que podem ser empregadas separadamente ou em associação. Neste estudo priorizou-se o tratamento quimioterápico que é uma modalidade de tratamento onde são empregadas drogas não seletivas, isto é destroem células em divisão celular, sejam elas malignas ou benignas, o que faz com que aumentem os efeitos colaterais e os torne fator limitante de dose da quimioterapia. Essas drogas são administradas pelas vias oral, intramuscular, subcutânea, intravenosa, intra-arterial, intratecal, intraperitoneal, intravesical, aplicação tópica e intra-retal, sendo a intravenosa a mais utilizada.⁴

A quimioterapia é, dentre as modalidades de tratamento, a que possui maior incidência de cura de muitos tumores incluindo os mais avançados e a que mais aumenta a sobrevida dos portadores de câncer. Pode-se dividi-la em quimioterapia neo-adjuvante, quando é realizada antes da cirurgia objetivando avaliar a resposta antineoplásica e reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, feita após tratamento cirúrgico a fim de erradicar micrometástases.²

A quimioterapia é uma modalidade de tratamento sistêmica onde os agentes antineoplásicos são tóxicos a qualquer tecido de rápida proliferação, normais ou cancerosos, caracterizado por uma alta atividade mitótica e ciclo celular curto e, deste modo, tem como consequência o aparecimento de efeitos colaterais.⁴ Os efeitos colaterais são comuns e são eles que determinam o custo-benefício do tratamento, e até que ponto eles interferem na qualidade de vida desses pacientes. Reconhecer, prevenir e controlar estes efeitos é indispensável para a realização de uma boa assistência.

As toxicidades da quimioterapia podem ser divididas em doze tipos: Toxicidade gastrointestinal, Cardiotoxicidade, Hepatotoxicidade, Toxicidade pulmonar, Neurotoxicidade, Disfunção reprodutiva, Toxicidade vesical e renal, Alterações metabólicas, Toxicidade dermatológica, Reações alérgicas e Anafilaxia, Fadiga e, a mais letal, a Toxicidade hematológica.⁵

Pacientes submetidos à quimioterapia necessitam da assistência de enfermagem para auxiliá-los na resolução de suas necessidades básicas, ou então, ajudá-los a adaptar-se às limitações provocadas pelo tratamento.⁴ Tendo em vista a importância da assistência de enfermagem a pacientes com toxicidade hematológica, acredita-se que a utilização de diagnósticos de enfermagem é imprescindível para uma assistência eficaz. No entanto, para isto se faz necessário a utilização de um sistema de classificação que oriente a uniformização da linguagem de enfermagem. Dentre os sistemas desenvolvidos na Enfermagem optou-se pela utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), por ser uma terminologia instrumental, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes, e também por ser parte integrante de uma infraestrutura mundial de informação que configura a prática e a política de atenção à saúde, para melhorar os cuidados dos pacientes no mundo inteiro.⁶

Desse modo, este estudo teve como objetivo a construção de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia, a partir dos termos identificados na CIPE®, visando a sua utilização para a melhoria da assistência de enfermagem a clientes oncológicos.

REVISÃO DA LITERATURA

• Toxicidade Hematológica

O sangue é um órgão que se diferencia dos demais por existir em estado líquido, é composto por uma parte celular (hemácias, leucócitos e plaquetas) e pelo plasma, a parte líquida do sangue, onde estão imersas muitas proteínas plasmáticas. As células sanguíneas são formadas na medula óssea, um dos maiores órgãos do corpo humano, situada no interior dos ossos longos, pelve e esterno no adulto. Estas células são derivadas de uma única célula pluripotente ou *stem-cell*, que têm a capacidade de se autoduplicarem e se diferenciarem em duas linhagens de células-tronco, a linhagem mielóide, de onde se originam os leucócitos não-linfóides, representados pelos granulócitos (eosinófilos, basófilos e neutrófilos), os eritrócitos e as plaquetas, e a linhagem linfóides de onde se originam os linfócitos T, os linfócitos B e os plasmócitos.⁷

A toxicidade hematológica é o resultado da ação dos quimioterápicos na medula óssea, órgão de rápida divisão celular que se perfaz o local ideal para a ação de algumas drogas antineoplásicas. Estas células quando atingidas, são destruídas ou perdem sua capacidade funcional, inviabilizando assim a reposição das células periféricas envelhecidas ou mortas. É um efeito colateral dose limitante, isto é, determina a dose máxima aceitável da droga a ser aplicada no paciente.⁷

As primeiras células atingidas são os granulócitos, cuja vida média é de seis a oito horas e quando estão abaixo dos níveis normais $<3.000-7000/\text{mm}^3$ caracteriza-se a neutropenia, a forma mais grave e mais letal da toxicidade hematológica, se torna uma emergência médica e precisa de intervenção imediata; o segundo grupo são as plaquetas, com vida média de sete a dez dias e seus níveis abaixo do normal $<140-400 \times 10^3/\text{mm}^3$ denominado de plaquetopenia, pode levar o paciente a evoluir desde pequenos sangramentos a hemorragias graves; o terceiro grupo atingido o das hemácias que tem vida média de 120 dias, causando a anemia e é caracterizado por diminuição do número de eritrócitos circulantes, homens $<4.200.000-5.400.000/\text{mm}^3$ e em mulheres $<3.500.000-5.000.000/\text{mm}^3$.⁷

O tempo transcorrido entre a aplicação da droga e a ocorrência do menor valor de contagem hematológica, denominado de período NADIR, varia de acordo com a droga utilizada (algumas têm período de

recuperação medular mais prolongado que outras) entre 7-14 dias; neste período o paciente fica susceptível a um grande número de microrganismos (vírus, fungos e bactérias), inclusive da flora endógena que, se não tratados com rapidez e eficácia, podem levar o paciente a sepse e invariavelmente a morte.⁵

Após o período de NADIR há o período de recuperação medular que também é variável de acordo com as drogas utilizadas. Neste caso os sinais clássicos de infecção como rubor, calor, secreções, pus e outros, não aparecem com frequência⁴, motivo pelo qual a experiência e o raciocínio crítico são as principais ferramentas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado com estes pacientes.

• Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Os sistemas de classificação surgiram tendo como base algumas das fases do Processo de Enfermagem, e são definidos como conhecimentos estruturados, organizados em grupos ou classes, tendo por base as suas similaridades.⁸ Os sistemas de classificação mais utilizados na prática são: Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I; Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC); Sistema Comunitário de Saúde de OMAHA; Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), entre outros.

Neste estudo priorizou-se a CIPE®, que tem como foco central a prática de enfermagem, descrita como um processo dinâmico sujeito a mudanças, e permite identificar o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas, para produzir determinados resultados (intervenções, diagnósticos e resultados de enfermagem).

A CIPE® tem como objetivos principais fornecer uma ferramenta para descrever e documentar a prática de enfermagem; servir como base para a tomada de decisão clínica; e prover a Enfermagem com um vocábulo e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados.⁸

Em 1996 foi publicada a versão Alfa da CIPE®, em 1999 foi publicada a versão Beta, que após revisão, em 2001, levou a publicação da versão Beta 2 constituída pelas Classificações de fenômenos de enfermagem e de ações de enfermagem. A partir da utilização dessa versão e das recomendações para mudanças apresentadas pelos enfermeiros, em 2005, foi publicada a CIPE® Versão 1.0, um modelo simples e completo,

trazendo em sua estrutura multiaxial o Modelo de Sete Eixos, que permite a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.⁹

As definições dos eixos da CIPE® Versão 1.0 são: Foco: área de atenção relevante para a Enfermagem (sistema imunológico, dor, sangue); Julgamento: Opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem (melhorado, prejudicado); Meios: forma ou método de concretizar uma intervenção (luva, vestuário de proteção); Ação: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (educar, administrar); Tempo: o ponto, o período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (admissão, alta); Localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (posterior, anterior); Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (família, cliente).⁹

Ao utilizar o Modelo Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0 para a construção de afirmativas de diagnósticos e resultados de enfermagem devem-se seguir as diretrizes apresentadas pelo Conselho Internacional de Enfermagem, que estão em consonância com a norma ISO 18.104¹⁰, que determinam: incluir um termo do eixo foco, um termo do eixo julgamento, podendo ser adicionados, a critério do profissional ou se necessários, outros termos dos outros eixos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo do tipo exploratório descritivo, que foi desenvolvido utilizando a CIPE® Versão 1.0, para a construção de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia.

Para o alcance do objetivo foi feita inicialmente uma identificação e seleção na CIPE®, de acordo com a experiência prática em oncologia das autoras do estudo, dos termos que tinham maior possibilidade de serem identificados em pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterápica. Após essa identificação os termos foram distribuídos em árvores de conceitos de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0, nos eixos Foco, Julgamento, Tempo e Cliente.

Esses termos foram utilizados para a construção de afirmativas de diagnósticos de enfermagem tendo como base os critérios do CIE⁹, que estão de acordo com o modelo de

terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem da ISO 18.104¹⁰. Desta forma, para a construção das afirmativas de diagnósticos de enfermagem foi utilizado obrigatoriamente um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento. Vale ressaltar que poderiam ter sido incluídos também, se necessário, termos adicionais dos eixos cliente, localização, meios, e tempo. Após a construção dos diagnósticos de enfermagem os mesmos foram discutidos de acordo com a literatura da área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando o conhecimento e a experiência na área oncológica e na utilização da CIPE®, as autoras analisaram a listas de termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® e identificaram 104 termos que poderiam ser aplicados ao indivíduo com toxicidade hematológica pós-quimioterapia. Estes termos foram distribuídos da seguinte forma: 82 no eixo **Foco**, 16 no eixo **Julgamento**, 03 no eixo **Tempo** e 03 no eixo **Cliente** (Figura 1).

Ressalta-se que não foram analisados e, consequentemente, não foram identificados termos nos eixos ação, meios e localização em virtude dos mesmos serem utilizados para a construção de afirmativas de intervenções de enfermagem, que serão objeto de estudos posteriores.

EIXOS	TERMOS	
Foco	Entidade	-Substância corporal: Sangue, Fezes, Fluxo menstrual, Secreção, Catarro, Urina.
		-Sistema corporal: Sistema urinário, Sistema gastrointestinal, Sistema tegumentar, Sistema respiratório, Sistema nervoso.
		-Entidade ambiental: Ar.
		-Organismo: Microrganismo.
		-Resultado: Resultado laboratorial.
	Processo	-Processo corporal: Processo do sistema imunitário, Hipotensão, Choque séptico, Infecção, Candidíase, Inflamação, Obstipação, Diarréia, Ferida, Fissura, Resposta a termorregulação, Sinal vital, Febre, Expectorar, Tossir, Dispnéia, Taquicardia, Perda sanguínea, Tontura, Hemorragia, Menorragia, Trauma. -Comportamento: Comunicação, Apoio social, Padrão respiratório, Comportamento de busca de saúde, Prevenção da gravidez, Padrão alimentar, Padrão de eliminação intestinal, Padrão de higiene, Autocuidado, Padrão de sono, Padrão de repouso. -Processo psicológico: Atitude sobre o gerenciamento de drogas, Atitude sobre o cuidado domiciliar, Sofrimento, Fadiga, Stress para mudança de ambiente.
Julga-mento	Estado	-Acesso: Acesso intravenoso.
		-Continuidade: Continuidade dos cuidados.
		-Integridade: Integridade da pele, integridade dos tecidos.
		-Necessidade: Necessidade dietética.
		-Susceptibilidade: Susceptibilidade à infecção.
	Julgamento positivo ou negativo	-Melhorado -Prejudicado
Tempo	Estado	-Nível absoluto: Alto, baixo.
		-Dependência: Dependente, independente.
		-Estado de normalidade: Anormal, normal. -Potencialidade: Risco.
Tempo	Frequência	Frequente.
	Situação	Evento: Admissão, Alta hospitalar.
Cliente	Indivíduo	Adulto.

Figura 1. Distribuição dos termos identificados na CIPE® Versão 1.0 que podem ser aplicados ao pacientes com toxicidade hematológica. João Pessoa, 2009.

Para compor as afirmativas diagnósticas foram utilizadas as normas para a construção dos diagnósticos estabelecidas na CIPE®, que estão em consonância com a norma ISO 18.104. Inicialmente foi feita uma priorização dos 82 termos identificados no eixo foco e dos 16 termos do eixo julgamento, para separar os termos mais importantes utilizados na prática diária. Deste processo resultou a construção de onze afirmativas diagnósticas categorizadas de acordo com as perdas do sistema hematológico. Para a **neutropenia** os diagnósticos de enfermagem construídos foram: *Processo imunológico prejudicado*, *Febre*, *Risco para infecção*, *Risco de choque séptico*; e no que tange a **plaquetopenia e anemia** foram considerados os mesmos diagnósticos de enfermagem: *Dispnéia*, *Integridade da pele prejudicada*, *Fadiga*, *Incapacidade para executar o autocuidado na hospitalização ou no domicílio*, *Risco para hemorragia*, *Risco para trauma*, *Risco para não aderência ao tratamento*.

O diagnóstico de enfermagem **Processo do sistema imunológico prejudicado** é entendido pelo comprometimento e ineficácia na atuação do complexo bioquímico que protege o corpo contra organismos patogênicos, não criando barreiras nem resposta imunológicas efetivas contra invasões bacterianas e virais.⁹ Neste caso, o organismo fica mais susceptível a desenvolver

um processo infeccioso, isto potencializa o diagnóstico **Risco para infecção** que é caracterizado pela resposta imunológica comprometida, permitindo a proliferação de microrganismos tanto da flora endógena quanto da flora exógena; a terapêutica antineoplásica afeta ambos os sistemas imunes, o humoral e o celular, predispondo o paciente a infecções.¹¹

O diagnóstico de enfermagem **Febre** refere-se ao sinal de alerta do organismo contra agentes infecciosos ou corpos estranhos e é caracterizado pela elevação da temperatura corporal a níveis acima do normal. Febre no paciente neutropênico é uma emergência médica e precisa de intervenção imediata; a febre ocorre em praticamente todos os pacientes com menos de 100 neutrófilos/mm³ e em pelo menos metade deles há foco infeccioso reconhecido ou oculto.¹¹

O **Risco de choque séptico** deve-se a invasão dos microrganismos pela corrente circulatória, atingindo vários órgãos e causando insuficiência na circulação periférica; os sinais clássicos de infecção estão retardados neste tipo de pacientes, em pacientes imunocomprometido as infecções disseminam rapidamente, frequentemente resultando em sepse ou morte.¹¹ A sepse é a 10^a causa de morte nos Estados Unidos, exigem o maior tempo de internação o que

resulta em um maior custo de tratamento comparados a outros pacientes.¹² A lesão endotelial na sepse resulta progressivamente em manifestação da Coagulação Intravascular Disseminada (CID), que é um fator que além da plaquetopenia leva o paciente a um maior risco de sangramento.¹³

O diagnóstico de enfermagem **Risco para hemorragia** deve-se a diminuição do número de plaquetas e de alguns fatores de coagulação que podem ocasionar sangramentos ou por coagulação intravascular disseminada advinda da sepse ou traumas adquiridos.¹³ A **Dispneia** é caracterizada pelo movimento forçado de ar para dentro e para fora dos pulmões; é sinal de alerta para sangramento torácico e anemia grave, está presente em infecções pulmonares, edema agudo, derrame pleural, entre outras.¹⁴

O **Risco para trauma** é acentuado pelo déficit neurológico como confusão e parestesias, apresentado pelos pacientes anêmicos; favorecer um período de internamento sem riscos preveníveis é de responsabilidade da equipe de saúde que a assiste.¹⁴

A fragilidade cutâneo-mucosa apresentado por estes pacientes, com risco de sangramento gengival, equimoses, petéquias, sangramento retal, queilose angular e Herpes-Zoster, doença viral que atinge nervos e pele, levam o paciente a ter **Integridade da pele prejudicada**, muito comum durante o tratamento quimioterápico.^{7,15}

Fadiga é um dos sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer avançado ocorrendo em 75% a 95% dos casos; é um fenômeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais.¹⁶ É caracterizada pelo estado de diminuição da força e resistência, sensação de exaustão, cansaço e apatia¹¹; pode estar relacionado à anemia ou a infecção. Suas características incluem sinais e sintomas vinculados ao controle da energia corporal, à dificuldade na execução das atividades habituais diárias, à verbalização de extremo cansaço, e corroboram para a geração e estabelecimento de falta de concentração, desinteresse, libido diminuída e um sentimento de culpa pelo não desempenho dos papéis sociais esperados.¹⁷

O diagnóstico de enfermagem **Incapacidade para o autocuidado na hospitalização ou no domicílio** é caracterizado pela limitação do paciente em sua condição clínica em lidar com a execução das necessidades básicas individuais da rotina diária, como: alimentar-se, tomar banho, higiene oral e outros.⁷ A agressividade do

tratamento quimioterápico torna o paciente debilitado e limitado de desenvolver o autocuidado, não apenas devido à fadiga comum nestes pacientes, mas devido ao risco de potencializar outros efeitos como hemorragias e traumas.

O diagnóstico de enfermagem **Risco para não aderência ao tratamento** refere-se à dificuldade que o paciente pode apresentar em aderir ao regime terapêutico medicamentoso, alimentar ou mudança no estilo de vida¹⁸, pode estar relacionado a fatores como os físicos (alergias, dor, efeitos colaterais), mental e comportamental (habilidades para gerir o regime terapêutico, ansiedade, abuso de álcool) e aspectos sócio-culturais e ambientais (conflitos, crenças culturais).¹⁹ O prognóstico do paciente depende da otimização do tratamento, qualquer aspecto que interfira na adesão ao regime terapêutico deve ser avaliado e traçado intervenções, favorecendo grande parte da solução dos diagnósticos de enfermagem identificados anteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem precisam ter em mente que diante do contexto atual é impossível trabalhar sem levar em consideração o processo de enfermagem ou sem utilizar uma terminologia que nomeie e valorize suas ações na prática diária. Este estudo foi desenvolvido com a perspectiva de facilitar e promover a utilização do processo de enfermagem e, consequentemente, uma melhoria da assistência de enfermagem com a construção de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica utilizando a CIPE®.

Os resultados do estudo evidenciaram o atendimento ao objetivo proposto, com a construção de onze diagnósticos de enfermagem para pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica. Ressalta-se que é possível construir a partir dos termos identificados outros diagnósticos além dos identificados, mas consideraram-se estes como os mais importantes devido a sua relevância na prática, ressalta-se também que não se faz necessário utilizar todos os diagnósticos aqui listados e sim os que se adéquem ao paciente em atendimento visando uma melhora do seu quadro clínico.

Acredita-se que com estes diagnósticos de enfermagem aplicados na assistência ao paciente com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica seja possível à

realização de uma assistência eficaz para esta clientela.

REFERÊNCIAS

1. Barsa. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo (SP): Barsa Planeta; 2003.
2. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p. 3-19.
3. Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. Manual de Oncologia Clínica da UICC. 8. ed. São Paulo (SP): Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006.
4. Andrade M, Silva SR. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007 maio-jun; 60(3):331-5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2006.
6. Nóbrega MML, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Terminologias de enfermagem: da Taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2008[acesso em: 2008 Nov 30];2(4):390-6. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/176/214>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
8. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros de Portugal; 2005.
9. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 1.0. Tradutora: Heimar de Fátima Marin. São Paulo (SP): Algor Editora; 2007.
10. Internacional Standards Organization. International Standard ISO 18104: Integration of a reference terminology model for nursing. Geneva, Switzerland: International Standards Organization; 2003.
11. D'Oleire F, Robins HI. Complicações e terapias de Apoio. In: Bosch X, Gill R, Hamilton CR, Hossfeld DK, Sherman Jr CD. Manual de Oncologia Clínica. New York: Springer-Verlag, 1999. Tradução pela Fundação Oncocentro de São Paulo, com autorização da União Internacional Contra o Câncer (UICC).
12. Pancera CF, Costa CML, Hayashi M, Lameris RGY, Camargo B. Sepsis grave e choque séptico em crianças com câncer: Fatores preditores de óbito. Rev Assoc Med Bras 2004;50 (4):439-43.
13. Andris D. Semiologia: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth - tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 2006.
15. Brandão ES, Santos I. Afecções cutâneas. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.
16. Mota DDCF, Pimenta CAM. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. Rev Bras Cancerol 2002;48(4):577-83.
17. Menezes MFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. Rev Latino-am Enfermagem [online]. 2006;14(3):442-447.
18. Sabate E, ed. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
19. Internacional Concil of Nurse. ICNP® Catalogue - Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. Geneva, Switzerland: ICN/ICNP; 2008.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho
Rua Professora Maria Sales, 480/302 –
Tambaú

CEP: 58039-130 – João Pessoa (PB), Brazil