

# Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado

*Nursing diagnoses identified in onco-hematologic patients: a cross-mapping study*

*Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes onco-hematológicos: mapeo cruzado*

Renata Miranda de Sousa<sup>1</sup>

Fátima Helena do Espírito Santo<sup>1</sup>

Rosimere Ferreira Santana<sup>1</sup>

Marcos Venicius de Oliveira Lopes<sup>2</sup>

1. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense. Niterói - RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Ceará. Benfica - CE, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar termos livres dos registros de enfermagem com uma classificação de diagnósticos de enfermagem. Estudo de mapeamento cruzado, retrospectivo, dos registros de Enfermagem de 24 prontuários de pacientes hospitalizados numa clínica onco-hematológica de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Encontraram-se 507 termos correspondentes aos 30 Diagnósticos de Enfermagem, validados com frequência de 194 repetições entre os 24 prontuários, com uma média de 8,1 Diagnósticos de Enfermagem por paciente. Houve predomínio dos diagnósticos de Proteção ineficaz, Risco de infecção, Mucosa oral prejudicada, Hipertermia, Risco de sangramento, Fadiga, Dor aguda e Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades diárias. Recomenda-se a construção de protocolos clínicos a partir dos termos e dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados neste estudo, visando à sistematização da assistência de enfermagem e do processo de enfermagem ao cliente onco-hematológico.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Hematologia; Processos de Enfermagem; Serviço Hospitalar de Oncologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare free terms from nursing records with a standard nursing diagnosis classification. Cross mapping retrospective study of nursing records of 24 medical files of patients hospitalized in an onco-hematological clinic of a university hospital in the state of Rio de Janeiro. 507 matching terms corresponding to 30 nursing diagnoses were found, validated with 194 repetitions in the 24 records, with an average of 8.1 nursing diagnoses per patient. There were predominance of diagnoses of Ineffective Protection, Risk of infection, impaired oral mucosa, Hyperthermia, risk of bleeding, fatigue, acute pain and imbalanced nutrition: less than daily needs. Building clinical protocols from the terms and nursing diagnoses found in this study is recommended, aiming at the systematization of nursing care and onco-hematology patient nursing process.

**Keywords:** Nursing Diagnosis; Oncologic Nursing; Hematology; Nursing processes; Oncology Hospital Service.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar términos libres de registros en enfermería con una clasificación de Diagnósticos de Enfermería. Se realizó un mapeo cruzado, retrospectivo, de los registros de Enfermería de 24 expedientes de pacientes hospitalizados en una clínica onco-hematológica de un Hospital Universitario en el Estado de Rio de Janeiro, Brasil. Fueron encontrados 507 términos correspondientes a los 30 Diagnósticos de Enfermería, validados con frecuencia de 194 repeticiones entre los 24 expedientes, un promedio de 8,1 Diagnósticos de Enfermería por paciente. Los diagnósticos más prevalentes fueron: protección ineficaz; riesgo de infección; mucosa oral deteriorada, hipertermia, riesgo de desangramiento; fatiga; dolor agudo; y nutrición alterada (inferior a las necesidades diarias). Se recomienda la construcción de protocolos de atención clínica de los Diagnósticos de Enfermería de prioridad que se encuentran en ese estudio. De este modo, se espera contribuir con la implementación de la sistematización de la asistencia de enfermería y del proceso de enfermería al cliente onco-hematológico.

**Palabras-clave:** Diagnóstico de Enfermería; Enfermería Oncológica; Hematología; Procesos de enfermería; Servicio de Oncología en Hospital.

### Autor correspondente:

Renata Miranda de Sousa.

E-mail: natinha.sousa@yahoo.com.br

Recebido em 27/06/2013.

Aprovado em 27/05/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150008

## INTRODUÇÃO

Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil, em 2012, relatam que as doenças onco-hematológicas - em especial, a leucemia, que compreendem a leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crônica, leucemia linfóide aguda e leucemia linfóide crônica, tiveram índices de 4.570 casos novos de doenças em homens e 3.940 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de cinco casos novos a cada 100 mil homens e de quatro a cada 100 mil mulheres<sup>1</sup>.

Um traço comum nas doenças onco-hematológicas é a ocorrência da hospitalização, seja pela baixa imunidade e pelo comprometimento sistêmico, ou para a realização do tratamento quimioterápico. Normalmente, as alterações hematológicas suscetibilizam os pacientes às complicações, como infecção, dor, lesões em mucosa oral, fadiga e desnutrição, as quais podem agravar seu quadro clínico e interferir em sua recuperação<sup>2</sup>.

Entre as alterações hematológicas comumente encontradas, destaca-se a anemia, que predispõe o cliente a fadiga, palidez, dispneia e taquicardia, além da trombocitopenia, que o suscetibiliza ao sangramento (principalmente quando o número de plaqueta é  $\leq 20.000/\text{mm}^3$ , potencializando o risco de hemorragia cerebral e gastrointestinal). A neutropenia reduz o número de leucócitos para menos de  $1.500/\text{mm}^3$  e expõe o paciente ao risco de infecção, sendo valores iguais ou menores a  $1.000/\text{mm}^3$  considerados, respectivamente, como neutropenia moderada e severa<sup>3</sup>.

Por isso, é importante que a Enfermagem conheça essas particularidades e as identifique como foco clínico de sua atenção, além de avaliar as respostas desses sujeitos a situação vivenciada. A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com adequados recursos humanos em Enfermagem, mudança nos modelos assistenciais, investimento em treinamento de modelos teóricos para a sistematização, além do compromisso e da adesão dos profissionais, surge nesse cenário como um desafio a se superar<sup>4</sup>.

A definição dos termos e dos diagnósticos mais comuns à prática clínica onco-hematológica consiste em uma contribuição importante à implantação da SAE. Ela é possível pela assistência direta ao paciente por meio da execução das cinco fases metodológicas do processo de Enfermagem, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação<sup>5</sup>.

No entanto, uma das dificuldades associadas à implantação do processo de Enfermagem são justamente os impressos inadequados para o registro<sup>6</sup>. Uma das formas apontadas para aproximar a prática da Enfermagem com as classificações existentes tem sido o mapeamento cruzado, ou seja, valorizar os termos utilizados na prática para construção dos formulários, adotando as linguagens padronizadas.

Estudos realizados, em 1997, mapearam as intervenções de Enfermagem não padronizadas contidas em dados internos de hospitais, dando origem à conhecida *Nursing Intervention Classification* (Classificação Internacional de Enfermagem - NIC)<sup>7</sup>. Já em 2004, os autores de um estudo norte-americano criaram um modelo estrutural de informações utilizadas em cada

etapa do processo de Enfermagem e as mapearam, a fim de desenvolver padrões na área da saúde.

Estudo de revisão analisou a utilização do mapeamento cruzado nas pesquisas em enfermagem, demonstrando a relação com os sistemas de classificação e com a perspectiva do uso da informática nos serviços de saúde. Do total dos 26 estudos analisados nessa revisão, três relacionaram-se com a oncologia: um alemão, realizado em 2006, em que os autores apresentam como objetivo a construção de um subsistema de termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pacientes da oncologia; um estudo norueguês, também realizado em 2006, em que os autores extraíram termos utilizados para indicação dos sinais e sintomas de 25 fichas de pacientes da oncologia e os mapearam para a oncologia; e um cujo objetivo tratava da elaboração de um catálogo de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem a pacientes com mieloma múltiplo<sup>7</sup>.

O mapeamento cruzado, também, foi utilizado para mapear os fenômenos identificados em consultas de enfermagem de um serviço de planejamento familiar, sob a perspectiva da CIPE®; outro para Diagnósticos de Enfermagem em idosos, segundo o Modelo de Vida e a CIPE®; e outro estabeleceu um banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo a CIPE®. Houve ainda o mapeamento cruzado para construção de um instrumento em Centros de Diagnóstico por Imagem, de forma que as atividades identificadas eram mapeadas conforme a NIC. Também foi proposto um instrumento para a realização de exame físico em adultos e idosos segundo revisão de literatura e a CIPE®. Há também autores que se propuseram a apresentar e descrever o método de mapeamento cruzado<sup>7</sup>.

Contudo, observou-se apenas um número reduzido de publicações que tenham utilizado o DE na área hematológica, principalmente no que diz respeito à área onco-hematológica, evidenciando-se, assim, a necessidade de realizar estudos com essa classificação e sujeitos.

Ao se identificarem os diagnósticos reais e potenciais, aos quais pacientes onco-hematológicos estão sujeitos, aumenta-se a possibilidade de elaborar cuidados de enfermagem mais fidedignos aos focos clínicos apresentados pelos pacientes e, conseqüentemente, alcançar a resolução dos resultados de enfermagem, proporcionando bem-estar aos pacientes.

Mediante tais considerações, o presente estudo objetivou comparar termos livres dos registros de enfermagem com uma classificação de Diagnósticos de Enfermagem.

## MÉTODO

Este estudo se utilizou do mapeamento cruzado, a partir da comparação dos termos usados no cotidiano do serviço aos sistemas de classificação já existentes, proporcionando o ajustamento necessário à sua implantação na prática<sup>8</sup>. Tratou-se, então, de um estudo retrospectivo, documental, dos registros de Enfermagem dos prontuários dos pacientes hospitalizados na clínica onco-hematológica de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro.

Os critérios de seleção foram: prontuários de pacientes com diagnóstico médico esclarecido para leucemia mieloide e linfóide aguda ou crônica e suas subclassificações, hospitalizados no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011, com disponibilidade de pesquisa pela Seção de Arquivo Médico e Estatística do Serviço de Documentação do hospital. Nas reinternações, foram analisados apenas os registros de Enfermagem dessa nova hospitalização. Foram critérios de exclusão: prontuários que, por ocasião de rotinas internas do hospital, como digitalização e/ou faturamento, estivessem indisponíveis; e pacientes com outros diagnósticos médicos, que não atendiam ao objeto da pesquisa.

Primeiramente, buscou-se, no livro geral de internação e alta, que se encontra arquivado na Seção de Arquivo Médico e Estatística do Serviço de Documentação, informação sobre a identificação dos pacientes internados com diagnóstico médico de leucemia e linfoma e, suas subclassificações, na clínica hematológica, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Após a seleção dos pacientes, realizaram-se agendamentos de pesquisa dos prontuários, que se deu de acordo com a disponibilidade do Serviço de Documentação Médica da instituição.

Do total de 116 hospitalizações no setor de hematologia, 89 prontuários não fizeram parte da pesquisa por não apresentarem os diagnósticos médicos declarados ou estarem com relatos insuficientes do serviço de Enfermagem, não permitindo uma análise aprofundada. Desse modo, a amostra constituiu-se do prontuário de 27 pacientes, representando 23,3% da população, o que possibilitou estimar o percentual dos diagnósticos de enfermagem. Entretanto, desses 27 prontuários, três não se encontravam disponíveis para pesquisa, pois estavam em processo de digitalização, em ambulatório e no faturamento. Assim, fizeram parte da pesquisa apenas 24 prontuários de pacientes hospitalizados com leucemia mieloide e linfóide aguda ou crônica.

Posteriormente, iniciou-se a pesquisa dos prontuários, previamente, agendados, mediante aplicação do instrumento de coleta de dados. A consulta variou de cinco a oito prontuários, com duração média de nove horas por dia de pesquisa.

Para coleta e análise dos dados, elaborou-se um roteiro contendo: (1) dados de identificação do paciente; (2) descrição livre e transcrição dos problemas de Enfermagem identificados nos registros de Enfermagem durante a hospitalização dos pacientes internados com leucemia no setor de hematologia; (3) comparação dos termos, de modo exato ou parcial, com a classificação; (4) avaliação pelos peritos, com concordância plena ou parcial.

Como estratégia para facilitar a busca dos termos, seguiu-se uma avaliação cronológica e sequencial dos registros, ou seja, desde o momento da admissão até a alta hospitalar ou óbito, para obtenção do maior número de informações que contribuísse para a inferência dos Diagnósticos de Enfermagem.

Realizou-se, então, a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, a partir dos termos destacados dos registros

(características definidoras) pelo pesquisador, a fim de descrever os Diagnósticos de Enfermagem. Posteriormente, os mesmos foram comparados com as características definidoras da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I.

Os fatores relacionados e de risco foram identificados por meio da interpretação de termos relacionados, sinônimos ou conceitos similares que, de alguma forma, traduzissem as alterações hemodinâmicas provocadas pela patologia de base, influenciando, assim, a busca e aumentando as combinações parciais.

Para tanto, foi realizada a análise de combinação, adaptada, de forma que, se o termo encontrado combinasse exatamente com o termo do sistema de classificação, a combinação seria designada como exata; entretanto, se os termos fossem sinônimos, conceitos similares ou relacionados, a combinação seria designada como parcial. Todavia, os termos que não apresentassem semelhança com o sistema de classificação e não possuíssem combinação, não seriam extraídos dos registros.

A quarta etapa correspondeu à análise feita por três enfermeiras peritas (uma especificamente em diagnóstico de enfermagem e as outras duas em oncologia), sendo duas delas doutoras em Enfermagem e atuantes em clínica médico-cirúrgica. O formulário preenchido pelo pesquisador foi encaminhado para as três enfermeiras especialistas em relação à concordância excelente, substancial, moderada e pobre das características definidoras/fator relacionado ou fatores de risco para cada um dos 164 diagnósticos encontrados.

Os peritos foram contatados pela pesquisadora por carta convite enviada pelo correio eletrônico, na qual foram fornecidas informações sobre a finalidade do estudo, os métodos adotados e a disponibilidade para a participação da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar como diagnosticadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados coletados, organizou-se uma planilha no *Excel* para *Windows*, com análise descritiva das distribuições de frequências. Para análise do grau de concordância entre o pesquisador e os especialistas, optou-se pelo índice de Kappa, analisado pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 13.0. O índice de Kappa foi definido como uma medida de associação para descrever e testar o grau de concordância, ou seja, confiabilidade e precisão de uma avaliação<sup>8</sup>. Valores de Kappa > 0,7 são considerados como um bom nível de concordância<sup>8</sup>. Para fins de elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, foram considerados apenas os dados de Enfermagem que tivessem concordância substancial e excelente.

Foi pedida autorização formal para uso dos prontuários aos pacientes participantes, que foram orientados quanto ao objetivo do estudo. Após concordância em participar, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, sob protocolo 144.119, cumprindo o preconizado na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

A maioria dos prontuários era de pacientes do sexo masculino (16; 66,7%), com faixa etária variando entre 26 a 83 anos, e mediana de 44,2. Sobre a situação conjugal, 13 pacientes eram solteiros, sete casados, dois separados e dois viúvos. Possuíam filhos 12 pacientes, seis não tinham e seis não informaram. Com relação à escolaridade, em 13 prontuários não havia esta informação; nos demais: quatro indicavam Ensino Fundamental incompleto, dois Ensino Fundamental completo, dois Ensino Médio incompleto, dois Ensino Médio completo e um Ensino Superior incompleto.

Teve-se dificuldade com relação à determinação da ocupação pelos dados do prontuário, pois nove não informavam; dois eram mecânicos e dois eram do lar; gerente de loja, técnico em informática, assistente de adereços, pedreiro, cuidador, aposentado, estaleiro industrial, estudante, operador de máquinas de construção civil e mineração, eletricitista automotivo, inspetor escolar foram citados como ocupação por um paciente cada. Em relação ao diagnóstico médico, a maioria (13; 54%) apresentou leucemia mieloide aguda; seis (25%) leucemia linfóide aguda; um (4,2%) leucemia mieloide crônica; um, leucemia linfoma de células T; um tricoleucemia; e um com leucemia não especificada.

Sobre os exames laboratoriais, 21 (87,5%) pacientes apresentavam anemia, com valor da hemoglobina (Hb) abaixo do esperado tanto para homem (Hb = 14 a 18g/dL) quanto para mulher (Hb = 12 - 14g/dL). Variou de 5,3 a 11,8g/dL nos pacientes do sexo feminino e, no sexo masculino, de 5,5 a 13,5g/dL. Com relação ao hematócrito (Ht), 22 (91,6%) pacientes apresentaram valor abaixo do considerado normal para homem (Ht = 40 a 52%) ou para mulher (36 a 48%). Quanto ao neutrófilo, 12 (50%) apresentaram valor considerado abaixo do normal (2.500 a 7.500/mm<sup>3</sup>). Analisando-se os valores das plaquetas, considerando como valor de referência 140.000 a 400.000/mm<sup>3</sup>, verifica-se que 18 (75%) apresentaram plaquetopenia<sup>3</sup>.

Com relação à permanência hospitalar, observou-se que a duração variou o mínimo de 1 a 76 dias de internação, com mediana de 20,4 dias. A propósito do tratamento terapêutico utilizado pelos clientes hospitalizados com leucemia, 18 (75%) realizam a quimioterapia e a hemoterapia como tratamento base desse tipo de neoplasia. Destes, apenas um (4,2%) realizou o transplante de medula óssea com melhora de seu quadro clínico e respectiva alta para acompanhamento ambulatorial. Outros três (12,5%) pacientes utilizaram apenas a hemoterapia como tratamento terapêutico.

Na Tabela 1, apresentam-se os principais termos encontrados por prontuários, sendo estes considerados como indicadores clínicos, ou seja, fatores relacionados, fatores de risco ou características definidoras da presença dos Diagnósticos de Enfermagem na população estudada.

Já na Tabela 2 têm-se os Diagnósticos de Enfermagem identificados nos pacientes onco-hematológicos hospitalizados, segundo a classificação NANDA-I, agrupados segundo os domínios, na primeira coluna. Na segunda e terceira coluna,

apresentam-se as avaliações concordâncias dos três peritos em números absolutos das 194 ocorrências dos 30 diagnósticos, ou seja, seriam 582 avaliações no total. Destas, 462 apresentaram concordância excelente e 114 substancial; outras seis foram descartadas. O total de diagnósticos e sua porcentagem com relação ao predomínio dos diagnósticos são apresentados. Ou seja, um diagnóstico de enfermagem com representatividade de 100% da amostra significa que tal diagnóstico foi identificado em todos os pacientes.

Destaca-se a presença de 194 Diagnósticos de Enfermagem nos 24 pacientes onco-hematológicos hospitalizados, com uma média de 8,1 por paciente, admitindo-se, assim, a alta demanda por cuidados de Enfermagem especializados e integrais.

Com relação à concordância entre os avaliadores, obteve-se concordância moderada a partir do Kappa de Cohen ( $k = 0,330$ ;  $p = 0,094$ ), a qual foi significativa apenas ao nível de 10%. Entretanto, ao se ajustar o valor de Kappa pela prevalência, obteve-se concordância elevada e, estatisticamente, significativa ao nível de 1% ( $k = 0,902$ ;  $p < 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

Os principais termos encontrados nos registros dos enfermeiros nos prontuários foram referentes à: hospitalização, condições hematológicas do paciente (hemoglobina, neutrófilos, plaquetas), tratamentos terapêuticos realizados, condições do acesso venoso, temperatura corporal, eliminações intestinais, tipo qualidade e localização da dor, aceitação da dieta, náusea e vômito, e ansiedade. Esses termos forneceram subsídios para validação pelos peritos dos Diagnósticos de Enfermagem.

Observou-se o predomínio dos diagnósticos de Proteção ineficaz, Risco de infecção, Mucosa oral prejudicada, Hipertermia, Risco de sangramento, Fadiga, Dor aguda e Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades diárias. Tais diagnósticos demonstraram concordância moderada entre os peritos.

Enfatiza-se que a exposição do paciente onco-hematológico é proporcional ao número de dias de internação, pois, durante a hospitalização, além da doença de base, o mesmo é submetido a procedimentos invasivos e ao próprio tratamento quimioterápico, que compromete seu sistema imune, expondo-o a infecção e, conseqüentemente, levando a maior tempo de internação.

O Risco de infecção esteve associado à exposição ambiental aumentada a patógenos, imunossupressão, procedimentos invasivos, defesas primárias (pele rompida) e secundárias (diminuição da hemoglobina e leucopenia) inadequadas e agentes farmacêuticos (imunossupressores).

O paciente com leucemia, ao ser hospitalizado, é exposto a micro-organismos patógenos, seja pelo ambiente hospitalar, ou pela própria doença de base, ou pelo tratamento terapêutico necessário para sua recuperação, o qual inclui a utilização de um acesso venoso para a administração dos fármacos de imunossupressão prescritos.

**Tabela 1.** Termos encontrados nos prontuários dos pacientes hospitalizados com leucemia. Niterói, 2012

Termos/Domínios diagnóstico n %			
<b>Segurança/Proteção</b>			
Hospitalização		23	95,8
Acesso venoso periférico		22	91,6
Hemoglobina (5,5g/dL; 10,8g/dL)		21	87,5
Quimioterapia		18	75
Neutrófilos (0,000/mm <sup>3</sup> -1.220/mm <sup>3</sup> )	Risco de infecção	11	45,8
Acesso venoso profundo		4	16,6
Biópsia de medula óssea		3	12,5
Cateter e sonda		2	8,3
Plaquetas (5 x 10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup> -83 x 10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup> )		16	66,6
Hemoglobina (5,3g/dL-10,8g/dL)		15	62,5
Quimioterapia		14	58,3
Neutrófilos (0,000/mm <sup>3</sup> -0,800/mm <sup>3</sup> )		9	37,5
Hipocorada (+3/+4)		9	37,5
Língua saburrosa	Mucosa oral prejudicada	7	29,1
Mucosite		6	25
Sangramento gengival		5	20,8
Odinofagia		2	8,3
Desidratada (+2/+4)		2	8,3
Temperatura corporal elevada (37,8° C-39,6° C)	Hipertermia	15	62,5
Medicamentos		4	16,6
Emagrecido		2	8,3
Hemoglobina (5,3g/dL-6,4g/dL)		2	8,3
Plaquetas (5 x 10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup> -20 x 10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup> )		2	8,3
Temperatura corporal elevada (37,6° C-39,6° C)	Risco de integridade da pele prejudicada	2	8,3
Hipocorado (+3/+4)		2	8,3
Neutrófilos (0,700)		1	4,16
Pele com turgor e elasticidade diminuídos		1	4,16
Pele hipo-hidratada		1	4,16
Restrito ao leito		2	8,3
Quimioterapia		1	4,16
Turgor diminuído		1	4,16
Acesso venoso profundo	Integridade da pele prejudicada	1	4,16
Lesão em membro inferior direito		1	4,16
Úlcera por pressão		1	4,16
Ausência de alguns elementos dentários		3	12,5
Higiene oral precária	Dentição prejudicada	1	4,16
Dentes em péssimo estado de conservação		1	4,16

**Continuação...**

<b>Termos/Domínios diagnóstico n %</b>			
Lipotimia com queda da própria altura		3	12,5
Hemoglobina (6,2g/dL-7,9g/dL)	Risco de quedas	2	8,3
Medicamentos (furosemda e captopril)		2	8,3
Tosse		1	4,16
Taquipneia (24 a 44 incursões respiratórias por minuto)	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	1	4,16
Estertores crepitantes esparsos em ambos os pulmões		1	4,16
Relata a Enfermagem tendência suicida	Risco de suicídio	1	4,16
<b>Percepção/cognição</b>			
Confuso		1	4,16
Agitado	Confusão aguda	1	4,16
Períodos de desorientação		1	4,16
Desconhece o motivo da internação	Conhecimento deficiente	1	4,16
<b>Eliminação/proteção</b>			
Evacuação ausente há pelo menos 3 dias		8	33,3
Restrito ao leito		5	20,8
Medicamentos: rivotril, tramal, lasix, morfina		4	16,6
Pouca aceitação da dieta por inapetência		4	16,6
Náuseas e vômitos	Constipação	3	12,5
Sangramento anal após esforço para evacuar		2	8,3
Dor em região anal (hemorroidas)		1	4,16
Abdome distendido com peristalse diminuída		1	4,16
Restrito ao leito		1	4,16
Sensibilidade anal com dificuldade para evacuar	Risco de constipação	1	4,16
Dor em região perianal		1	4,16
10 horas sem urinar	Retenção urinária	1	4,16
<b>Atividade/repouso</b>			
Plaquetas ( $4 \times 10^3\text{mm}^3$ - $69 \times 10^3\text{mm}^3$ )		15	62,5
Petéquias pelo corpo		5	20,8
Sangramento oral		3	12,5
Sangramento nasal		3	12,5
Hematoma		2	8,3
Equimose palato		1	4,16
Melena	Risco de sangramento	1	4,16
Epistaxe contínua		1	4,16
Enterorragia		1	4,16
Metrorragia		1	4,16
Hematêmese		1	4,16
Hemorragia em escleras do olho esquerdo		1	4,16

## Continuação...

Termos/Domínios diagnóstico n %			
Hemoglobina (5,3g/dL-9,6g/dL)		11	45,83
Cansaço e dispneia aos mínimos esforços		9	37,5
Emagrecido		5	20,8
Ansiosa	Fadiga	5	20,8
Fraqueza e indisposição		3	12,5
Poliqueixoso		1	4,16
Deprimido		1	4,16
Restrita ao leito		1	4,16
Locomove-se de cadeira de rodas	Mobilidade física prejudicada	1	4,16
Em repouso no leito por trombose venosa profunda		1	4,16
Emagrecido		1	4,16
Prostrado, necessitando de mudança de decúbito	Mobilidade no leito prejudicada	1	4,16
Acamado, realizado banho no leito		1	4,16
Deambula com auxílio devido a edema em pé direito		1	4,16
Lesão em pé direito com tecido desvitalizado	Deambulação prejudicada	1	4,16
Refere noite de sono insatisfatório devido à dor em mucosa oral	Padrão de sono prejudicado	1	4,16
Promoção da saúde			
Leucemias		24	100
Hemoglobina (5,5g/dL-11,8g/dL)		21	87,5
Quimioterapia	Proteção ineficaz	18	75
Plaquetas ( $5 \times 10^3 \text{mm}^3$ - $83 \times 10^3 \text{mm}^3$ )		11	45,8
Neutrófilos ( $0,000/\text{mm}^3$ - $0,800/\text{mm}^3$ )		11	45,8
Humor deprimido		1	4,16
Negou-se a fazer a higiene corporal	Autonegligência	1	4,16
Escabiose		1	4,16
Conforto			
Leucemia		15	62,5
Dor em membros superiores e inferiores		7	29,1
Dor abdominal		6	25
Dor intensa em região lombar e torácica posterior		4	16,6
Dor em região dorsal		2	8,3
Dor à deglutição	Dor aguda	2	8,3
Mialgia generalizada		2	8,3
Dor em região anal ao evacuar		1	4,16
Dor óssea em região toracolombar		1	4,16
Dor no local da punção venosa		1	4,16
Quimioterapia		8	33,3
Refere anorexia e náusea	Náusea	8	33,3
Vômito		3	12,5

Continuação...

Termos/Domínios diagnóstico n %			
Dor generalizada (há mais de 6 meses)		1	4,16
Dor em "fisgada" em panturrilha esquerda com flogose, eritema, dor, rubor local (há mais de 6 meses)	Dor crônica	1	4,16
Dor em região inguinal esquerda e em membro inferior esquerdo ao deambular (há mais de 6 meses)		1	4,16
Nutrição			
Leucemia		16	66,6
Aceitando dieta parcialmente		14	58,3
Mucosite	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades diárias	3	12,5
Inapetência		2	8,3
Cansaço e dispneia aos mínimos esforços (massa tumoral que o impede de alimentar-se e ingerir água)		1	4,16
Odinofagia		1	4,16
Enfrentamento/tolerância ao estresse			
Ansioso/preocupação com o diagnóstico		5	20,8
Hospitalização	Ansiedade	1	4,16
Taquicardia (> 124 batimentos por minuto)		1	4,16
Alta hospitalar à revelia	Comportamento de saúde propenso a risco	1	4,16
Relata sentir falta de casa, dos animais de estimação, mostrando-se triste e choroso, tratamento prolongado	Tristeza crônica	1	4,16
Princípios da vida			
Recusou-se a receber hemo-transfusão por motivos religiosos	Falta de adesão	1	4,16
Total		507	-

Cerca de 80% dos pacientes com leucemia linfóide crônica apresentam complicações infecciosas em algum ponto durante o curso da doença<sup>9</sup>. As infecções foram as principais complicações e causa de morte secundária ao tratamento na leucemia<sup>10</sup>, demonstrando a importância de se considerar a Proteção ineficaz e o Risco de infecção na implantação e na documentação do processo de Enfermagem.

Na casuística deste estudo, a mortalidade foi elevada (66,7%), sendo a sepse ou choque séptico (37,5%) a principal causa de óbito. Dois (8,3%) óbitos se deram por infecção por *aspergillus sp.*, a qual pode ocorrer pela neutropenia ocasionada pela terapia prolongada, concomitante com corticosteroides ou tratamento prolongado com antibiótico de amplo espectro<sup>9</sup>.

Considerando que o sistema imune dos pacientes com leucemia linfóide crônica apresenta vários aspectos defeituosos e frequentemente múltiplas deficiências coexistem num mesmo paciente, a imunodeficiência humoral tem sido considerada o defeito principal na leucemia. No entanto, é cada vez mais reconhecido que os defeitos nas células T e célula *natural killer* (NK), bem como a disfunção dos neutrófilos e defeitos no

sistema complementar, contribuem, significativamente, para o estado de imunodeficiência e, por isso, devem ser investigado<sup>9</sup>.

A neutropenia, a disfunção celular e humoral, a hipogamaglobulinemia, bem como os danos causados à mucosa oral, predispõem os pacientes à infecção. O diagnóstico de Mucosa oral prejudicada esteve frequentemente observada nos pacientes. Ela se caracteriza por dificuldade para engolir, lesões orais, sangramentos, hiperplasia gengival, palidez da mucosa, desconforto oral, dificuldade na fala, para comer, dor oral, halitose e língua saburrosa.

Tem-se a mucosite como uma inflamação da mucosa bucal dose-dependente dos diversos agentes quimioterápicos, caracterizando-se como o efeito colateral mais comum da quimioterapia, que atinge até 40% dos pacientes em tratamento antineoplásico<sup>11</sup>. A dor causada pela mucosite é tão intensa que pode interferir na alimentação do paciente e, com frequência, leva à necessidade do uso de analgésicos, opióides e à interrupção do protocolo de tratamento. Além disso, ainda pode ser uma porta de entrada para infecções secundárias locais e sistêmicas, que podem até levar o paciente a óbito<sup>11</sup>. Isso ocorre porque a quimioterapia antineoplásica atua nas células

**Tabela 2.** Diagnósticos de Enfermagem encontrados nos pacientes hospitalizados com leucemia. Niterói, 2012

Diagnósticos por domínio	Avaliação dos peritos		Total	
	Concordância Excelente (n)	Concordância Substancial (n)	n	%
<b>Segurança/proteção</b>				
Proteção ineficaz	70	2	24	100
Risco de infecção	58	11	23	95,8
Mucosa oral prejudicada	39	18	19	79,2
Hipertermia	42	3	15	62,5
Risco de integridade da pele prejudicada	11	1	4	16,7
Integridade da pele prejudicada	7	2	3	12,5
Dentição prejudicada	6	3	3	12,5
Risco de quedas	3	0	1	4,2
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	2	1	1	4,2
Risco de suicídio	3	0	1	4,2
<b>Percepção/cognição</b>				
Confusão aguda	1	2	1	4,2
Conhecimento deficiente	0	2	1	4,2
<b>Eliminação/proteção</b>				
Constipação	14	10	8	33,3
Risco de constipação	2	1	1	4,2
Retenção urinária	2	1	1	4,2
<b>Atividade/repouso</b>				
Risco de sangramento	48	0	16	66,7
Fadiga	31	2	11	45,8
Mobilidade física prejudicada	5	1	2	8,3
Mobilidade no leito prejudicada	3	0	1	4,2
Deambulação prejudicada	3	0	1	4,2
Padrão de sono prejudicado	3	0	1	4,2
<b>Promoção da saúde</b>				
Autonegligência	2	1	1	4,2
<b>Conforto</b>				
Dor aguda	31	14	15	62,5
Náusea	22	2	8	33,3
Dor crônica	0	3	1	4,2
<b>Nutrição</b>				
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades diárias	30	24	18	75
<b>Enfrentamento/tolerância ao estresse</b>				
Ansiedade	19	6	10	41,7
Comportamento de saúde propenso a risco	2	1	1	4,2
Tristeza crônica	0	3	1	4,2

**Continuação...**

Diagnósticos por domínio	Avaliação dos peritos		Total	
	Concordância Excelente (n)	Concordância Substancial (n)	n	%
Princípios da vida				
Falta de adesão	3	0	1	4,2
Total geral	462	114	194	

que estão em mitose, ou seja, tanto nas células neoplásicas como nas sadias. Assim, como as células da mucosa oral estão em constante processo de mitose, elas são também afetadas, ocasionando as lesões orais conhecidas como mucosite, causando dor e desconforto oral, dificuldade para falar e comer, e até mesmo para realizar a higiene oral, gerando, conseqüentemente, halitose e língua saburrosa. E, uma vez a mucosa lesionada, instala-se uma abertura para invasão de patógenos, aumentando-se ainda mais o risco de infecção. Dessa forma, observa-se a importância da Enfermagem na identificação precoce das lesões orais, bem como na prevenção das infecções oportunista, já que esse profissional é o responsável pela higiene oral e manutenção de sua integridade.

A predominância do diagnóstico de Hipertermia nestes pacientes foi detectada por pelo menos uma medição de temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$ . Associada ao tratamento quimioterápico, a neutropenia febril existe quando um paciente apresenta contagem de neutrófilo  $< 1,0 (x10^9/L)$  e possui uma temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$ ; além disso, se o paciente estiver sistemicamente indispoto, tem-se a suspeita clínica de sepse<sup>12</sup>.

Neste estudo, dez pacientes apresentaram contagem de neutrófilos  $< 1,0x10^9/L$ . Quando o paciente com neutropenia febril é atendido na emergência, apresenta-se aparentemente estável; entretanto, a neutropenia febril é uma emergência médica e requer atenção imediata, pois a deterioração clínica ocorre dentro de dias ou até mesmo horas<sup>13</sup>. Observa-se, então, a importância da Enfermagem na identificação precoce dos fatores de risco, nos sinais e sintomas de hipertermia, e no acompanhamento do leucograma, a fim de avaliar a presença de NF e contribuir para a redução das complicações advindas dela e, conseqüentemente, da infecção e do óbito por sepse.

Já o Risco de sangramento esteve relacionado a coagulopatias inerentes (trombocitopenia). Isso porque estes pacientes, além de apresentarem queda no número de plaquetas, também manifestavam a sintomatologia decorrente dessa redução, como petéquias pelo corpo, sangramento gengival, equimoses, melena, epistaxe, enterorragia, hemorragia na esclera, hematêmese e hematoma.

A incidência e severidade da trombocitopenia em pacientes com leucemia variam em função do tipo e do estágio da doença. Ela pode se desenvolver pelo emprego da quimioterapia ou pelo acúmulo de células blásticas anormais na medula óssea. Sendo a trombocitopenia um dos intervenientes à qualidade de vida do paciente onco-hematológico<sup>14</sup>, devendo-se, portanto, esta manifestação clínica ser um dos focos de intervenção da enfermagem.

Já o diagnóstico de Fadiga foi explicado, em parte, pela decorrência da mielossupressão causada pela doença, pelo tratamento que reduz os níveis de hemoglobina e, conseqüentemente, pelas taxas de oxigênio sanguíneo diminuídas, gerando hipóxia tecidual. A fim de reduzir a demanda de oxigênio, o paciente permanece um maior tempo no leito, prostrado e sem ânimo, reduz a mobilidade, apresenta fraqueza muscular, tendo, como complicações, a atrofia muscular e/ou úlcera por pressão, que podem comprometer a recuperação e agravar o quadro clínico.

Diferentemente, a pessoa com câncer não tem sua fadiga melhorada após o descanso, o que torna esse sintoma mais impactante que a dor, depressão e náusea<sup>15</sup>. Se não identificada adequadamente, a fadiga pode debilitar o paciente oncológico, interferir no tratamento e prejudicar a Qualidade de Vida<sup>16</sup>. Esses pacientes comumente sentem-se desestimulados e deixam de realizar suas Atividades de Vida Diária, isolando-se socialmente, pois suas condições físicas não contribuem para a continuidade do convívio social, além do afastamento de seu ambiente de trabalho - daí a importância de sua detecção e intervenção pela enfermeira.

O diagnóstico de Fadiga, porém, possui complexidade particular, já que exige, do profissional de Enfermagem, observação e conhecimento acurado, para identificar suas características definidoras, já que ela é definida, a partir de um julgamento subjetivo. Por isso é importante incluir os termos de investigação do diagnóstico de Fadiga nos protocolos de cuidados de Enfermagem onco-hematológicos.

A Dor aguda identificada a partir do relato verbal dos pacientes também é um diagnóstico comumente observado no paciente oncológico - em especial o onco-hematológico, devido à infiltração de células leucêmicas na medula óssea, fígado e baço. A dor do câncer possui características tanto de dor aguda quanto de crônica. Assim como a dor aguda, a dor de câncer está diretamente associada à lesão tecidual. Quando essa dor persiste ou agrava, ela pode servir como sinal da progressão da doença e criar a sensação de desesperança, já que os pacientes creem que não valer continuar a viver desse jeito, perdendo o sentido da vida<sup>17</sup>.

Assim, nota-se que a dor, seja ela de qual intensidade for, é um implicante na recuperação clínica, merecendo atenção especial por parte da equipe de Enfermagem, em especial dos enfermeiros, em seu manejo e controle, proporcionando conforto e bem-estar.

A Nutrição desequilibrada foi identificada pelo relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a porção diária

recomendada; cavidade bucal ferida; falta de interesse na comida e mucosas pálidas. Sua importância se associa com as implicações de piora nos demais Diagnósticos de Enfermagem, como na percepção de bem-estar do paciente.

Qualquer alimento ingerido pelo paciente onco-hematológico deve, primeiramente, ser fervido e cozido, inclusive as frutas, o que, por sua vez, contribui para a redução do apetite e desinteresse pela alimentação. Portanto, é fundamental que a equipe de Enfermagem, como um todo, empenhe-se no estímulo da ingestão oral de alimentos e líquidos, além de instruir o paciente quanto à importância desse preparo e da necessidade da alimentação para a sua recuperação.

De igual importância são os diagnósticos do domínio de enfrentamento e tolerância ao estresse. Sua baixa incidência pode ocorrer, em razão da gravidade e da priorização da assistência de Enfermagem, mas também pela inexistência de uma teoria de Enfermagem ou linguagem que contemple os domínios integrais do cuidado ao ser humano.

A ansiedade é um sinal de alerta, que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. Desse modo, devem ser valorizadas a avaliação e a implementação de intervenções para o enfrentamento individual, familiar e coletivo do tratamento e manutenção dos princípios de vida. Estas são metas do cuidado de enfermagem onco-hematológico, que buscam preservar a espiritualidade e os sentimentos de pesar, dada a alta incidência de cuidados ao fim da vida requeridos.

Por fim, a Enfermagem apresenta uma função primordial no cuidado com a pessoa com leucemia, seja na coleta adequada dos dados, como no registro e na identificação dos diagnósticos. Tal fato visto, apuradamente, é um primeiro passo para o estabelecimento de metas e demandas do cuidado, ou seja, o planejamento das intervenções, bem como a avaliação delas, quanto à sua resolatividade, por meio da recuperação clínica e/ou redução dos Diagnósticos de Enfermagem ao final da hospitalização.

## CONCLUSÕES

A partir do mapeamento dos termos encontrados em registros dos prontuários de pacientes onco-hematológicos em comparação com a classificação padronizadas, identificaram-se 30 Diagnósticos de Enfermagem, distribuídos em nove domínios de atenção da Enfermagem. Foram considerados, segundo validação com peritos, com concordância excelente e merecem atenção especial os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Proteção ineficaz, Risco de infecção, Risco de sangramento, Mucosa oral prejudicada, Dor aguda, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Ansiedade.

Tais diagnósticos estão atrelados ao estado de imunodepressão ocasionado pela doença e por seu tratamento. A tríade hematológica anemia-trombocitopenia-neutropenia, presente no paciente com leucemia, contribui para a identificação da maioria das características definidoras encontradas.

Como limitação da pesquisa foram encontradas dificuldades para realizar a busca nos prontuários, tais como ausência de informação quanto à escolaridade do paciente, à ocupação profissional, à composição familiar, as condições de moradia e aos rendimentos, além de informações subjetivas. O registro das manifestações clínicas pelos profissionais de Enfermagem foi insuficiente. Foi identificado que uma mesma sintomatologia foi registrada de formas diferentes pela equipe, não havendo uma informação padronizada da evolução clínica do paciente.

Portanto, recomenda-se a construção de protocolos clínicos de cuidados a partir dos termos e dos Diagnósticos de Enfermagem prioritários encontrados neste estudo. Os registros padronizados da assistência de Enfermagem devem permitir focalizar as necessidades dos pacientes onco-hematológicos, como também avaliar a evolução clínica e a recuperação do estado de saúde e bem-estar.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil [online]. 2011; [citado 2014 maio 13]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v04/pdf/13\\_resenha\\_estimativa2012\\_incidencia\\_de\\_cancer\\_no\\_brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf)
2. Sousa RM, Espírito Santo FH, Costa R. Hospitalization oncohematological client subsidies for nursing care. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2012 jul/set [citado 2014 mai 13];4(3). Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1715/pdf\\_601](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1715/pdf_601)
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2008.
4. Silva MM, Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [on line]. 2010; [citado 2014 maio 13];12(3):483-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7274>
5. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN - 358/2009 [online]. 2012; [citado 2014 maio 13]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
6. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2013 abr/jun;17(2): 313-21.
7. Nonino FOL, Napoleao AA, Carvalho EC, Petrilli Filho JF. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev. bras. enferm.* 2008 nov/dez;61(6):872-7.
8. Corte LMD, Gonsalves JC, Silva CS, Dutra MF, Rocha DB, Utzig CB et al. Análise da concordância interobservadores em exames de papanicolaou. *NewsLab* [on line]. 2007; [citado 2014 mai 13]; [aprox. 9 telas]. Disponível em: [http://www.newslab.com.br/ed\\_antiores/80/art03/art03.pdf](http://www.newslab.com.br/ed_antiores/80/art03/art03.pdf)
9. Wadhwa PD, Morrison VA. Infectious complications of chronic lymphocytic leukemia. *Semin Oncol* [on line]. 2006; [citado 2014 maio 13];33: [aprox. 9 telas]. Disponível em: <http://www.clsupport.org.uk/infections.pdf>
10. Gabe C, Almeida DR, Siqueira LO. Avaliação de eventos infecciosos oportunistas em crianças portadoras de leucemias. *Rev. bras. hematol. hemoter.* [on line]. 2009; [citado 2014 mai 13];31(2):74-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n2/aop1709.pdf>
11. Galvão V, Castro CHBC, Consolaro A. Mucosite severa em paciente com leucemia: uma abordagem terapêutica. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* [on line]. 2006 abr/jun; [citado 2014 maio 13];6(2):35-40. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n2/v6n25.pdf>

12. Guidelines-Febrile Neutropenia in Adults. Management of febrile neutropenia in adults: Gong Cancer Care Guidilines. Gippsland Oncology Nurses Group [on line]. 2010; [cited 2014 may 13]. Available: [http://www.gha.net.au/Uploadlibrary/394074071febrile\\_neutropenia\\_management\\_guidelines0210.pdf](http://www.gha.net.au/Uploadlibrary/394074071febrile_neutropenia_management_guidelines0210.pdf)
13. Courtney DM, Aldeen AZ, Gorman SM, Handler JA, Trifilio SM, Parada JP, et al. Cancer-associated neutropenic fever: clinical outcome and economic costs of emergency department Care. *The Oncologist* [on line]. 2007; [cited 2014 may 13];12 [aprox. 8]. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/8/1019.full.pdf+HTML>
14. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev. Esc. Enferm. USP* [on line]. 2013;[citado 2014 maio 13];47(2):[aprox. 7 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/12.pdf>
15. Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley CD, Kohli S, Fiscella K, Palesh OG, Morrow GR. Assessment of cancer-related fatigue: implications for clinical diagnosis and treatment. *The Oncologist* [on line]. 2007 [cited 2014 may 13];12 (suppl 1): [aprox. 10]. Disponível em: [http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl\\_1/11.full.pdf+html](http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl_1/11.full.pdf+html)
16. Silva PO, Gorini MIPC. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on line]. 2012; [citado 2014 mai 13];20(3):[aprox. 6 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a11v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a11v20n3.pdf)
17. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Dor* [on line]. 2012;[citado 2014 maio 13];13(1):45-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/a08v13n1.pdf>