DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM TRATAMENTO AMBULATORIAL

Andrea Bezerra Rodrigues*
Maria Isis Freire de Aguiar**
Patricia Peres de Oliveira***
Iarla Silva Ferreira****
Tayanne de Lima Magalhães*****
Jessyca Elaine Chagas Barbosa*****

RESUMO

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem, utilizando a classificação da NANDA-I, suas características definidoras e fatores de risco em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) em tratamento ambulatorial. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, desenvolvido no ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital universitário de Fortaleza- Ceará. A amostra do estudo foi composta por 92 pacientes com CCP com idade superior a 18 anos de idade, atendidos no período de março de 2016 a maio de 2017. O instrumento de coleta utilizado foi validado, previamente, por juízes e utilizou o modelo teórico de padrões funcionais de saúde. O método de análise utilizado foi a técnica Delphi para avaliação de consenso interavaliadores *experts*, sendo feitas duas rodadas de avaliação. **Resultados:** A maioria dos participantes pertencia ao sexo masculino, com idade entre 60 e 80 anos de idade, com hábito de tabagismo e uso de álcool. O tipo de câncer mais incidente foi o de cavidade oral. Os diagnósticos de enfermagem mais incidentes foram estilo de vida sedentário (78,8%), e padrão respiratório ineficaz (76,8%). **Conclusão:** Os domínios mais afetados nos pacientes com CCP do estudo foram atividade e repouso e promoção da saúde.

Palavras-chave: Neoplasias de cabeça e pescoço. Diagnósticos de enfermagem. Oncologia

INTRODUÇÃO

Dentre os cânceres de cabeça e pescoço (CCP) estão aqueles que se desenvolvem no lábio, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, seios paranasais, laringe e glândulas salivares. Exatamente por essas localizações anatômicas, esses cânceres podem promover alterações funcionais importantes, relacionadas à alimentação, respiração e comunicação, afetando a interação social⁽¹⁾.

O principal fator de risco é o tabaco, que é potencializado quando associado ao álcool. Entretanto, infecções virais, exposição à radiação ionizante e solar, também constituem fatores predisponentes⁽²⁾.

Existem quatro tipos de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia biológica, que podem ser combinados ou não, de acordo com o estadiamento do tumor. Esses tratamentos também ocasionam prejuízos importantes em

diversos sistemas orgânicos, como xerostomia, osteorradição necrose, mucosite, mielodpressão, náuseas, vômitos, entre outros⁽³⁾. A necessidade de traqueostomia depois de grandes cirurgias dessa região causa também um elevado índice de complicações pulmonares. A disfagia, decorrente do tumor ou dos tratamentos, pode ainda levar a quadros de desnutrição e desidratação, que, por sua vez, podem ocasionar retardo na cicatrização das feridas cirúrgicas e risco aumentado para infecções⁽⁴⁾.

Enquanto o número de internações hospitalares está diminuindo mundialmente, o número de consultas ambulatoriais é estimado a aumentar para mais de um bilhão por ano. Duas organizações americanas, a *American Academy of Ambulatory Care Nursing* (AAACN) e o *Collaborative Alliance for Nursing Outcomes* (CALNOC) são, de forma colaborativa, líderes em um esforço para chegar a um ponto de inflexão sobre a qualidade de cuidados em ambulatório⁽⁵⁾.

A estrutura original de cuidados

*Graduação em Enfermagem. Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: andrea@rodrigues@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2137-0663>.

**Graduação em Enfermagem. Doutora em Enfermagem, Professora da UFC, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6068-1747>.

***Graduação em Enfermagem. Doutora em Educação, Professora da Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil. E-mail: pperesoliveira@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3025-5034>.

****Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na UFC, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: iarla@live.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3792-5624>.

*****Graduação em Enfermagem. Residente no Instituto do Câncer do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: tayanne@magalhaes@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2511-3901>.

*****Graduanda em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil. País. E-mail: jessycaelaine53@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3640-144X>

ambulatoriais proposta pela AAACN abrange três conceitos principais: paciente, ambiente e enfermeira. O conceito de paciente não foi especificamente definido. Pelo contrário, foi abordado em termos do foco da enfermeira na pessoa individual. Populações de pacientes foram definidas de várias maneiras; em termos do estado de saúde dos pacientes, conforme a idade ou fonte de reembolso (por exemplo, Medicare, Medicaid, seguros privados, etc.). As populações também foram discutidas como pacientes e suas famílias, cuidadores e outras pessoas importantes. O conceito de ambiente ajuda a definir a prática da enfermagem ambulatorial, afastando-a de outras especialidades. Já o conceito de enfermeira define o profissional de enfermagem pelo seu dinamismo e utilização do processo de enfermagem em seu papel de especialidade específica⁽⁵⁾.

Nesse contexto, o conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem (DE) mais incidentes, suas características definidoras e fatores de risco permitem acessar dados relevantes para a enfermeira na aplicação do processo de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de intervenções individualizadas. Os DE proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável⁽⁶⁾. O conhecimento do perfil diagnóstico de enfermagem dentro de uma linguagem padronizada também contribui para subsidiar as ações gerenciais e de dimensionamento mais apropriado e educação permanente.

A relevância deste estudo está ancorada na certeza de que o diagnóstico de enfermagem é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados essencial na orientação do enfermeiro em sua tomada de decisão e, compõe o alicerce para a escolha das intervenções a fim de alcançar os resultados esperados⁽⁶⁾, conferindo cientificidade aos cuidados prestados, garantindo ao enfermeiro o julgamento clínico respaldado por evidências, o qual resultará na qualidade e segurança no cuidado aos pacientes.

Nessa lógica, esta pesquisa foi norteada pela seguinte questão: quais os principais diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de

risco em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço em tratamento ambulatorial?

Para responder tal questionamento, objetivou-se identificar os diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação da NANDA-I, suas características definidoras e fatores de risco em pacientes com CCP em tratamento ambulatorial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, desenvolvido no ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital universitário de Fortaleza – Ceará entre os meses de março de 2016 a maio de 2017. Ressalta-se que o Nordeste do Brasil é uma das regiões geográficas do País com maior incidência de casos de CCP, tendo estimativa feita pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 17.590 novos casos de câncer de cavidade oral e laringe, entre homens e mulheres⁽⁷⁾.

Na primeira fase de coleta dos dados, junto aos pacientes, a amostra não probabilística intencional foi constituída por 92 pacientes com CCP em tratamento no local de estudo que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: pacientes com mais de 18 anos de idade, que estivessem em acompanhamento ambulatorial para o CCP, sendo considerados os sítios anatômicos lábio, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, seios paranasais, laringe e glândulas salivares. Foram excluídos os pacientes que possuíam câncer de tireoide, uma vez que o comportamento biológico tumoral e as alterações decorrentes desse local anatômico são extremamente diferentes dos outros sítios.

Na segunda fase, de raciocínio diagnóstico, a amostra foi composta por cinco enfermeiros. A seleção dos enfermeiros seguiu critério⁽⁸⁾ que correlaciona o tempo de experiência clínica com os níveis de conhecimento da prática. Esses critérios classificam os enfermeiros em cinco níveis. O primeiro nível – principiante – caracteriza o enfermeiro com experiência clínica de até seis meses, precisando o mesmo utilizar-se de protocolos para determinar suas ações. O segundo nível inclui enfermeiros com experiência prática em situações concretas com elementos significativos. O terceiro nível denominado competente inclui enfermeiros que

apresentam noção do que é importante em situações específicas e capazes de interpretar e analisar a situação dos pacientes. O quarto nível – proficiente – os quais identificam metas e especificidades das situações clínicas e intervenções necessárias, bem como a redefinição destas quando necessário. Já o quinto e último, inclui enfermeiros com, no mínimo, cinco anos de experiência na área de domínio, as quais apresentam julgamento intuitivo na tomada de decisão, de forma precisa e acurada, sendo eles caracterizados como *experts*. Para compor a amostra de enfermeiros para análise dos diagnósticos de enfermagem, estabeleceu-se como critério possuir o nível de conhecimento *expert*.

A coleta dos dados no ambulatório foi feita a partir de instrumento elaborado pelas autoras da pesquisa e validado com oito especialistas. Essa validação ocorreu no período de janeiro a maio de 2016, obtendo um cálculo de índice de validade de conteúdo (IVC) global igual a 0,87⁽⁹⁾.

O referido instrumento utilizou como referencial teórico o modelo de padrão funcional de saúde proposto por Marjorie Gordon, devido a ser um modelo teórico funcional, no qual constam questões organizadas por domínios. Gordon apresenta um padrão funcional de saúde que evolui a partir da interação cliente-ambiente. Cada padrão é uma expressão da integração biopsicossocial, não podendo ser compreendido sem o conhecimento dos outros padrões⁽⁹⁾. Um padrão funcional representa um conjunto saudável de comportamentos, em contraponto a um padrão de saúde disfuncional, descrito pelo DE, que pode ocorrer na doença⁽¹⁰⁾.

O instrumento era composto por dados sociodemográficos, diagnóstico médico, e tratamento, dados de entrevista e exame físico, distribuídos em nove domínios (promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, papéis/relacionamento, sexualidade, Princípios da vida e segurança/proteção) e ajustados em 37 itens, a saber: Promoção da Saúde (1. Queixa; 2. Resumo/doença atual; 3. Antecedentes clínicos pessoais/familiares/oncológicos, 4. Conhecimento sobre doença/tratamento; 5. Medicamentos que sabe que utiliza; 6. Cumprimento do tratamento atual se houver e forma de adesão ao tratamento; 7.

Tabagismo/uso de álcool/uso de drogas; 8. Alergias); Nutrição (9. Modificação recente no peso; 10. Tipo de dieta, volume e intervalo, 11. Mastigação; 12. Prótese dentária; 13. Deglutição; 14. Ingestão de líquidos; 15. Peso/altura/índice de massa corporal); Eliminação e Troca (16. Eliminação urinária; 17. Eliminação intestinal e dispositivos relacionados à eliminação; 18. Integridade da pele); Atividade/Repouso (19. Limitação física, 20. Precisa de ajuda para, 21. Hábito de exercício, 22. Propedêutica pulmonar, 23. Propedêutica cardiovascular, 24. Sono/repouso, 25. Possui déficit de autocuidado); Percepção/Cognição (26. Fala prejudicada/usa dispositivo para falar; 27. Memória prejudicada; 28. Lê/escreve; 29. Dor, localização da dor, grau da dor e escala utilizada, tratamento medicamentoso para dor, há quanto tempo tem a dor?; 30. Visão/audição/gustação/olfato; 31. Notou alteração de humor após o tratamento?); Papéis/Relacionamento (32. Estado civil; 33. Suporte financeiro); Sexualidade (34. Atividade sexual); Princípios da Vida (35. Espiritualidade/religião); Segurança/Proteção (36. Cateter venoso periférico/central/incisão cirúrgica/traqueostomia; 37. Queixa de fadiga, grau de fadiga, frequência da fadiga). Ressalta-se que ao final do instrumento foram feitas as definições conceituais e operacionais de cada item constante no mesmo de forma a padronizar a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora enfermeira e duas acadêmicas de enfermagem participantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Clínica e Cirúrgica (GEPECC), cadastrado no CNPq, tendo, as mesmas, sido previamente treinadas sobre o instrumento.

Caso desejasse participar do estudo, o paciente era conduzido até uma sala privativa no próprio ambulatório para a aplicação do questionário e a realização do exame físico, o que durou, em média, 40 minutos com cada paciente.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, os enfermeiros deram início ao processo de síntese, onde os dados foram agrupados comparados com os conceitos, normas e modelos existentes na literatura oncológica, levando a hipóteses sobre a situação e estabelecimento das causas relacionadas à inferência. Ressalta-se que o instrumento era

organizado conforme os padrões de Marjorie Gordon.

Os dados foram submetidos à análise e interpretação, com a categorização dos dados e identificação dos indicativos divergentes ou lacunas, comparação com padrões de normalidade, estabelecimento de relação com o CCP e seus tratamentos⁽¹¹⁾. Na segunda etapa, foi feita a escolha dos rótulos diagnósticos mais específicos e declaração de características definidoras e fatores de risco. Ressalta-se que, quando foi necessária complementação de alguma informação, essas foram buscadas na unidade campo do estudo. A adequação de nomenclatura seguiu a taxonomia da NANDA-I⁽¹²⁾.

Foi aplicada a técnica Delphi, considerada de excelência para avaliação de consenso interavaliadores *experts*. Foram realizadas duas rodadas de avaliação entre os participantes. Aqueles DE em que havia um consenso na primeira rodada foram retirados para a segunda rodada, permanecendo na etapa seguinte somente as proposições que ainda não obtiveram consenso. Foram considerados diagnósticos de enfermagem para a segunda rodada que apresentaram concordância acima de 80% entre os avaliadores⁽¹³⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo nº 64775/2015 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 46887415.9.3001.5045, atendendo a

determinação da Resolução Nº 466/2012. Os participantes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo sobre as informações coletadas, assegurando-se o anonimato deles.

RESULTADOS

Entre os avaliadores enfermeiros (n=5), todos possuíam mais de dez anos de experiência na área oncológica e publicação na área de especialidade e diagnóstico de enfermagem, sendo que três atuavam na região Nordeste do Brasil e dois na região Sudeste.

Com relação aos pacientes (n=92), verificou-se que a maioria (65,2%) pertencia ao sexo masculino, com idade entre 60 e 80 anos de idade (41,3%), estado civil casado (59,7%), com religião (84,7%) e sem cuidador (57,6%). Dentre o total de participantes, a maioria possuía hábito de tabagismo (54,3%) e uso de álcool (58,7%). O suporte financeiro da maioria era exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) (60,87%). Já o tipo de câncer mais incidente foi o de cavidade oral (19,6%), seguido pelo de pele (16,3%), laringe (15,2%) e orofaringe (11%).

Quanto aos domínios dos DE identificados, destacou-se o de número 4 relacionado à atividade e repouso comportando os DE padrão respiratório ineficaz (76,8%), mobilidade física prejudicada (54,2%), padrão de sono prejudicado (33,7%) e fadiga (35,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Domínios alterados na população de pacientes com a frequência de DE nos pacientes com CCP atendidos no ambulatório. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Domínio	Nº de DE	%
Atividade e Repouso	4	30,8
Promoção da Saúde	2	15,4
Conforto	2	15,4
Percepção e Cognição	2	15,4
Sexualidade	1	7,7
Enfrentamento e Tolerância ao estresse	1	7,7
Nutrição	1	7,7
Total	13	100

Diante dos resultados verificados na Tabela 2, os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário, Padrão respiratório ineficaz, Comportamento de saúde propenso a risco, Padrão de sexualidade ineficaz, Sobrepeso, Mobilidade física prejudicada, Risco de volume de líquidos deficiente foram os DE principais identificados

nesse estudo, todos com mais de 50% de incidência.

Outros DE presentes na população estudada foram: regulação do humor prejudicada, dor crônica, conhecimento deficiente sobre a doença e o tratamento, comunicação verbal prejudicada, fadiga e padrão de sono prejudicado.

Tabela 2. Distribuição da frequência de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I presentes em pacientes com CCP acompanhados em ambulatório. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Título diagnóstico e código*	N	%
Estilo de vida sedentário (00168)	72	78,2
Padrão respiratório ineficaz (00032)	70	76,8
Comportamento de saúde propenso a risco (00188)	67	72,4
Padrão de sexualidade ineficaz (00065)	58	63,0
Sobrepeso (00233)	55	59,4
Mobilidade física prejudicada (00085)	50	54,2
Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	48	52,1
Regulação do humor prejudicada (00241)	43	52,9
Dor Crônica (00133)	38	41,3
Conhecimento deficiente (00126)	35	38,5
Comunicação verbal prejudicada (00051)	34	37,6
Fadiga (00093)	33	35,8
Padrão de sono prejudicado (00198)	31	33,7

*Taxonomia NANDA-I 2015.

DISCUSSÃO

A maioria da população do estudo era do sexo masculino, idosa e com hábitos de uso de álcool e tabaco, o que corrobora com a literatura, confirmando que casos de CCP são mais incidentes nesse sexo, faixa etária e possuem estreita relação com esses hábitos de vida⁽¹⁴⁾.

O domínio mais afetado foi o de atividade/repouso com os DE padrão respiratório ineficaz, mobilidade física prejudicada, padrão de sono prejudicado e fadiga. Pacientes com CCP que são submetidos a cirurgias, como as pelvigglossomandibulectomias e laringectomias totais, rotineiramente realizadas nessa população, necessitam da confecção de traqueostomias, o que leva a alterações respiratórias⁽¹⁵⁾.

No domínio promoção da saúde foram identificadas as características atividade física diária inferior a recomendada para o gênero e idade, hábito de etilismo e tabagismo, o que nos faz refletir sobre o potencial para agravos à saúde. O sedentarismo associado ao sobrepeso, identificados na amostra, representam fator de risco para diversas doenças, inclusive para cânceres em outras regiões anatômicas, como cólon e reto e próstata. Além disso, a massa gorda excessiva tem sido associada a um risco aumentado de recorrência da doença⁽¹⁶⁾.

Acredita-se que essa baixa adesão à atividade física se deva em decorrência de que os pacientes da amostra apresentavam fadiga, expectoração ineficaz, tosse e mobilidade física prejudicada, associado ao fator senescência.

Durante o curso do tratamento oncológico, a maioria dos pacientes experimentará algum nível de

fadiga, e aproximadamente 30% sofrerão fadiga persistente por vários anos após o tratamento. Recomenda-se, assim, que todos os prestadores de cuidados de saúde devam examinar rotineiramente a presença de fadiga desde o momento do diagnóstico, até após a conclusão do tratamento primário⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado no Brasil, que comparou os termos livres dos registros de enfermagem com uma classificação de DE enfermagem de pacientes hospitalizados em uma clínica onco-hematológica de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, apontou que o indivíduo com câncer não tem os sintomas de fadiga reduzida após o descanso, o que o torna, muitas vezes, mais avassalador que a dor e; caso não seja identificada, a fadiga pode debilitar a pessoa com neoplasia maligna e interferir em seu tratamento e qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

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.

Por outro lado, para controle da própria fadiga, evidencia-se que níveis de atividade física regular podem reduzir a fadiga relacionada ao câncer durante o tratamento. Portanto, os profissionais de saúde devem incentivar ativamente todos os pacientes a se envolverem em um nível moderado de atividade física, de acordo com a indicação individual de cada paciente⁽¹⁹⁾.

No domínio sexualidade foi identificado que 63% dos pacientes apresentavam como indicador clínico alteração na atividade sexual e dificuldade na atividade sexual, seja relacionado ao interesse ou ao prazer sexual. Estudo mostra que a sexualidade, apesar de não ser um tema muito abordado em pacientes com câncer, causa profundos impactos funcionais e sociais, devido a perda da função de órgãos como lábios e língua, o que pode gerar efeitos profundos em beijar, assim como na excitabilidade sexual e na realização do sexo oral⁽²⁰⁾.

Há a necessidade de buscar oportunidades de suporte a esses pacientes ainda nas avaliações clínicas ambulatoriais onde os problemas de intimidade são subestimados. Deve fazer parte do processo de reabilitação essa investigação para promoção positiva e delineamento de estratégias adaptativas e de enfrentamento⁽¹⁸⁾.

No domínio enfrentamento e tolerância ao estresse foi identificado o DE regulação do humor prejudicada em quase metade da amostra pesquisada. Dado diferente foi encontrado em estudo, realizado no Brasil, com pessoas em tratamento onco-hematológicos, a incidência de diagnósticos no domínio de enfrentamento e tolerância ao estresse foi baixa⁽¹⁸⁾.

Visto a preocupação com a influência do humor no âmbito do tratamento de uma pessoa com câncer, sociedades americanas determinaram o uso do termo *distress* para conceituar o estresse emocional vivenciado pelo paciente oncológico. Pela sua importância clínica, esse sofrimento emocional tem sido considerado o sexto sinal vital para esse grupo de pacientes, sendo necessária sua identificação, documentação e manejo⁽²⁰⁾, uma vez que o mesmo tem sido associado a menor satisfação do paciente com os cuidados de saúde, menor qualidade de vida, e redução da sobrevida^(21,22).

Os DE conhecimento deficiente sobre a doença e sobre o tratamento do câncer e comunicação verbal prejudicada, no domínio percepção/cognição corroboram com estudo realizado na Índia, com pacientes com câncer de cavidade oral, em que 13% da amostra apresentou déficit de comunicação⁽²³⁾. Esse fato remete à necessidade, no conceito de

atendimento ambulatorial, de uma orientação individualizada para a educação em saúde, onde o paciente necessita ser empoderado para o autocuidado.

Nesse estudo, foram considerados aqueles DE principais para direcionar a discussão dos resultados. No entanto, cabe destacar a relevância dos outros DE presentes na população do estudo, considerando a condição da senilidade como as alterações de mobilidade, memória prejudicada, que pode comprometer as orientações em saúde, entre outros.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação do estudo a não realização de estudo de acurácia dos principais DE elencados, o que pode direcionar uma próxima etapa de pesquisa. Reconhece-se, também que as revisões nos sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem são feitas rotineiramente a cada dois anos, e o estudo provavelmente necessitaria de ajustes nas próximas revisões da referida classificação.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo podem instrumentalizar o enfermeiro no direcionamento de alvos de intervenção em pacientes com CCP em contexto ambulatorial, ainda pouco explorado na literatura oncológica. Foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem nessa população, indicando que o profissional deve estar atento aos DE mais incidentes na prática do cuidado a essa clientela, como aqueles relacionados aos domínios atividade/repouso, destacando-se o DE padrão respiratório ineficaz, mas também a outros domínios, como sexualidade, pouco abordado ainda na prática assistencial.

Estudos dessa natureza permitem conhecer fenômenos ainda pouco explorados de cuidados ambulatoriais a pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

NURSING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER IN AMBULATORIAL TREATMENT

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses through the NANDA-I classification, its defining characteristics and risk factors in patients with head and neck cancer (HNC) in outpatient treatment. **Methods:** Cross-sectional, descriptive study,

developed at the head and neck outpatient clinic of a university hospital in Fortaleza-Ceará. The study sample consisted of 92 patients with PHC over 18 years-old, treated from March 2016 to May 2017. The collection instrument used was previously validated by judges and used the theoretical model of functional health standards. The method of analysis used was the Delphi technique for inter-assessment expert consensus, and two rounds of evaluation were made. **Results:** Most participants were male, aged between 60 and 80 years old, with a smoking habit and alcohol use. The most common type of cancer was oral cavity. The most frequent nursing diagnoses were sedentary lifestyle (78.8%) and ineffective breathing pattern (76.8%). **Conclusion:** The domains most affected in the patients with HNC in the study were activity and rest and health promotion.

Keywords: Head and neck neoplasms. Nursing diagnosis. Medical oncology.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

RESUMEN

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería, utilizando la clasificación de la NANDA-I, sus características definidoras y factores de riesgo en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCP) en tratamiento ambulatorio. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo, desarrollado en el ambulatorio de cabeza y cuello de un hospital universitario de Fortaleza- Ceará-Brasil. La muestra del estudio fue compuesta por 92 pacientes con CCP y edad superior a 18 años, atendidos en el período de marzo de 2016 a mayo de 2017. El instrumento de recolección utilizado fue validado, de antemano, por jueces y utilizó el modelo teórico de estándares funcionales de salud. El método de análisis utilizado fue la técnica Delphi para evaluación de consenso interevaluadores *experts*, siendo hechas dos fases de evaluación. **Resultados:** la mayoría de los participantes era del sexo masculino, con edad entre 60 y 80 años, con hábito de tabaquismo y uso de alcohol. El tipo de cáncer más encontrado fue el de cavidad oral. Los diagnósticos de enfermería más señalados fueron estilo de vida sedentario (78,8%), y estándar respiratorio ineficaz (76,8%). **Conclusión:** los dominios más afectados en los pacientes con CCP del estudio fueron actividad y reposo y promoción de la salud.

Palabras clave: Neoplasias de cabeza y cuello. Diagnóstico de enfermería. Oncología.

REFERÊNCIAS

1. Firmeza MA, Rodrigues AB, Melo GAA, Aguiar MIF, Cunha GH, Oliveira PP, et al. Control of anxiety through music in a head and neck outpatient clinic: a randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2017 [citado em 2018 Mar]; 51:e03201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016030503201>.
2. Farias TDM, Ferreira ACM, Souza TA, Lima FLT, Silva MJS. Perfil de cirurgiões-dentistas e demandas de qualificação em UNACON e CACON no estado Rio de Janeiro. *Arq Odontol* [on-line]. 2016 [citado em 2017 Mar]; 52(3):136-44. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392016000300005&lng=pt&nrm=iso.
3. Calver L, Tickle A, Moghaddam N, Biswas S. The effect of psychological interventions on quality of life in patients with head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Mar]; 27(1):e12789. doi: <https://doi.org/10.1111/ecc.12789>.
4. Capozzi LC, McNeely ML, Lau HY, Reimer RA, Giese-Davis J, Fung TS, Culos-Reed SN. Patient-reported outcomes, body composition, and nutrition status in patients with head and neck cancer: Results from an exploratory randomized controlled exercise trial. *Cancer* [on-line]. 2016;122(8):1185-200. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.29863>.
5. Mastal M. Evolution of a Conceptual Model: ambulatory care nursing. *Nursing Economic\$* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Mar]; 36(6):296-303. Available from: <http://www.nursingeconomic.net/necfiles/2018/ND18/296.pdf>.
6. Silva MR, Silva DO, Santos EC, Oliveira PP, Sales AS, Rodrigues AB. Diagnoses, results and nursing interventions for people submitted to orthopedic and traumatological surgeries. *Rev enferm UFPE online* [on-line]. 2017 [citado em 2017 Mar]; 11(5):2033-45. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201708>.
7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018-2019: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.
8. Benner P, Tanner C, Chelsea C, organization. Expertise in nursing practice, caring clinical judgement and ethics. New York (NY/USA): Springer; 1996. p.170-92.
9. Rodrigues AB, Cunha GH, Aquino CBQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA, Grangeiro ASM. Head and neck cancer: validation of a data collection instrument. *Rev Bras de Enferm* [on-line]. 2018 [citado em 2017 Mar]; 71(4):2009-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0227>.
10. Gordon M. Manual of nursing diagnoses. Canadá: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
11. Silva A H, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica* [on-line]. 2015 [citado em 2017 Mar]; 17(1):1-14. Disponível em: revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/download/2113/1403.
12. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015. Disponível em: <https://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/NANDA-2015-2017-EBOOK-1-1.pdf>.
13. Salvador PTCO, Mariz CMS, Vitor AF, Ferreira Jr MA, Fernandes MID, Martins JCA, et al. Validation of virtual learning object to support the teaching of nursing care systematization. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Mar]; 71(1):11-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0537>.
14. Asp M, Simonsson B, Larm P, Molarius A. Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey. *Public health* [on-line]. 2018 [citado em 2017 Mai]; 147:84-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.032>.
15. Shimoya-Bittencourt W, Silva AE, Alencar DD, Arruda TRA, Leite CA, Salício MA. Alterações funcionais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e a atuação da fisioterapia nestas disfunções: estudo de revisão. *Journal of Health Sciences* [on-line]. 2016 [citado em 2018 Jan]; 18(2):129-33. doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n2p129-133>.
16. Lohmann AE, Goodwin PJ, Chlebowski RT, Pan K, Stambolic V, Ryan JO. Association of obesity-related metabolic disruptions with cancer risk and outcome. *J Clin Oncol* [on-line]. 2016 [citado em 2018 Mai]; 34(35):4277-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.69.6187>.
17. Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an american society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *American Society of clinical oncology* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Mai]; 32(17):1840-851. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2013.53.4495>.
18. Sousa RM, Santo FHE, Santana RF, Lopes MVO. Nursing

diagnoses identified in onco-hematologic patients: a cross-mapping study. Esc Anna Nery [on-line]. 2015 [citado em 2019 May]; 19(1):54-65. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150008>.

19. Rogers SN, Hazeldine P, O'Brien K, Lowe D, Roe B. How often do head and neck cancer patients raise concerns related to intimacy and sexuality in routine follow-up clinics? Eur Arch Otorhinolaryngol [on-line]. 2015 [citado em 2018 Fev]; 272(1): 207-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-014-2971-0>.

20. Duman-Lubberding S, van Uden-Kraan CF, Peek N, Cuijpers P, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. An eHealth application in head and neck cancer survivorship care: health care professionals' perspectives. J Med Internet Res [on-line]. 2015 [citado em 2018 Fev]; 17(10):e235. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.4870>.

21. Ninu MB, Miccinesi L, Bulli F, De Massimi UM, Muraca MG, Franchi L, et al. Psychological Distress and Health-Related Quality of

Life among Head and Neck Cancer Patients during the First Year after Treatment. Tumori [on-line]. 2016 [citado em 2018 Fev]; 102(1):96-102. doi: <https://doi.org/10.5301/tj.5000448>.

22. Fernandes GCM, Baptiste MJN, Nitscke RG, Heidemann ITSB, Pagliuca L, Rocha CGG. Family care for children experiencing psychic suffering: health promotion routines. Cienc Cuid Saude [on-line]. 2018 [citado em 2018 Fev]; 17(3):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.40200>.

23. Yadav K, Nair D, Agarwal J, Chakrabarti S, Joshi S, Ingole P, Chaturvedi P. Prevalence of functional problems after oral cavity malignancy treatment at a tertiary center: utilizing PSS HN (performance status scale for head and neck) Scale. J Maxill Oral Surg [on-line]. 2016 [citado em 2018 Fev]; 15(1):38-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-015-0805-2>.

Endereço para correspondência: Andrea Bezerra Rodrigues. Avenida Santos Dumont, 7785 apto 601 bairro dunas Fortaleza, Ceará, CEP 60177415. E-mail: andreabrodrigues@gmail.com

Data de recebimento: 23/11/2018

Data de aprovação: 17/07/2019