

## | ARTIGO 25

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS SEGUNDO DIAGRAMA DE ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL

Érika de Cássia Lima Xavier<sup>1</sup>, Antonio Jorge Silva Correa Júnior<sup>2</sup>, Maria Margarida Costa de Carvalho<sup>1</sup>, Fabíola Reis Lima<sup>1</sup>, Mary Elizabeth de Santana

**Objetivo:** analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes em cuidados paliativos oncológicos conforme as dimensões do Diagrama de Abordagem Multidimensional. **Metodologia:** estudo descritivo quantitativo em Centro de Alta Complexidade em Oncologia. A coleta ocorreu entre junho e novembro de 2017 e os diagnósticos foram agrupados no diagrama e expressos por estatística descritiva. **Resultados:** participaram 73 pacientes, a dimensão física enumerou: Nutrição desequilibrada – menor que as necessidades corporais, Perfusão periférica ineficaz, Dor crônica, Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de lesão por pressão; dimensão social: Risco de tensão do papel do cuidador e Processos familiares interrompidos; dimensão espiritual expôs a Desesperança e Risco de sofrimento espiritual; e a dimensão psicológica a Ansiedade, Sentimento de impotência e Medo. **Conclusão:** majoritariamente os diagnósticos foram físicos, suscita-se a mudança de posturas no intuito de intervir nas demais necessidades sobretudo nas dimensões sociais, psicológicas e espirituais.

**Descritores:** Cuidados Paliativos; Diagnósticos de Enfermagem; Enfermagem Oncológica.

### **NURSING DIAGNOSES IN ONCOLOGY PALLIATIVE CARE ACCORDING TO THE MULTIDIMENSIONAL APPROACH DIAGRAM**

**Objective:** to analyze the profile of nursing diagnoses in patients in oncology palliative care according to the dimensions of the Multidimensional Approach Diagram. **Methodology:** quantitative descriptive study in Center of High Complexity in Oncology. The collection occurred between June and November of 2017 and the diagnoses were grouped in diagram and expressed by descriptive statistics. **Results:** 73 patients participated, the physical dimension listed: Unbalanced nutrition – less than bodily needs, Ineffective peripheral perfusion, Chronic pain, Impaired skin integrity risk and Risk of pressure lesion; social dimension: risk of the role of the caregiver and interrupted family processes; spiritual dimension exposed the Despair and Risk of spiritual suffering; and the psychological dimension to Anxiety, Feeling of Impotence and Fear. **Conclusion:** most of the diagnoses were physical, it is necessary to change postures in order to intervene in other needs, especially in the social, psychological and spiritual dimensions.

**Descriptors:** Palliative care; Nursing Diagnostics; Nursing Oncology.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS SEGÚN DIAGRAMA DE ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL**

**Objetivo:** analizar el perfil de diagnósticos de enfermería en pacientes en cuidados paliativos oncológicos conforme las dimensiones del Diagrama de Enfoque Multidimensional. **Metodología:** estudio descriptivo cuantitativo en Centro de Alta Complejidad en Oncología. La recolección ocurrió entre junio a noviembre de 2017 y los diagnósticos fueron agrupados en el diagrama y expresados por estadística descriptiva. **Resultados:** participaron 73 pacientes, la dimensión física enumeró: Nutrición desequilibrada – menor que las necesidades corporales, Perfusión periférica ineficaz, Dolor crónico, Riesgo de integridad de la piel perjudicada y Riesgo de lesión por presión; dimensión social: Riesgo de tensión del papel del cuidador y Procesos familiares interrumpidos; la dimensión espiritual expuso la Desesperanza y el riesgo de sufrimiento espiritual; y la dimensión psicológica la Ansiedad, Sentimiento de impotencia y Miedo. **Conclusión:** majoritariamente los diagnósticos fueron físicos, se suscita el cambio de posturas con el fin de intervenir en las demás necesidades sobre todo en las dimensiones sociales, psicológicas y espirituales.

**Descriptor:** Cuidados Paliativos; Diagnósticos de Enfermería; Enfermería Oncológica.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Pará-UEPA/PA.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará-UFGPA/PA.

<sup>3</sup>UEPA/PA e UFPA/PA.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos direcionam-se as doenças que ameaçam a vida, quando o prognóstico oncológico prevê deterioração das funções orgânicas a fim de prevenir o sofrimento e avaliar corretamente a dor, problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Indicadores clínicos são adotados para o início: estado de desempenho fraco, perda ponderal progressiva; e indicadores oncológicos: câncer metastático e tratamento sem efeito<sup>(1)</sup>.

Vale frisar a existência de critérios baseados nos pacientes: sintomas físicos e emocionais aflitivos (dor, dispneia, náusea, depressão e ansiedade), delirium, metástases cerebrais ou leptomeníngicas, compressão da medula espinhal, crise existencial, fragilidade social e econômica ou ausência de cuidador<sup>(1)</sup>. No contexto brasileiro consolidaram-se por meio da Resolução nº 41 de outubro de 2018 as diretrizes para a organização os cuidados paliativos no Sistema único de Saúde, demarcando papéis da atenção básica, hospitalar e domiciliar tencionando para a aceitação da morte e integração de aspectos psicossociais e espirituais<sup>(2)</sup>.

A enfermagem utiliza em primeira instância o processo de enfermagem (PE) e diagnósticos de enfermagem (DE) embasados em taxonomias internacionais, desde a explicitação em 1957 pela enfermeira Faye Glenn Abdellah. Com a coleta do histórico e exame físico identificam-se os problemas concernentes ao diagnóstico, sanando-os com prescrições<sup>(3)</sup>. A totalidade do percurso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em: uso de teoria cabível, história do paciente, planejamento (diagnóstico, resultados e intervenções), implementação e (re)avaliação das ações junto a equipe<sup>(4)</sup>.

Em face da necessidade de fortificação da SAE diante dos desafios do cuidado paliativo, o Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM)<sup>(5)</sup> possibilita a sistematização da assistência de enfermagem e raciocínio clínico, não se caracteriza como um protocolo e sim como ferramenta interativa e flexível. As dimensões propostas pelo DAM não desconsideram o ser indivisível e a integralidade do cuidado, porém facilitam o entendimento profissional de quatro eixos básicos para os cuidados paliativos: físico, familiar/social, psíquico e espiritual.

Ante o exposto, dada a premência em compreender o perfil destes DE o estudo objetivou analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes em cuidados paliativos oncológicos conforme as dimensões do DAM.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória

de abordagem quantitativa.

### Participantes da pesquisa

A população foi de pacientes que se encontravam internados em cuidados paliativos, admitidos no período da coleta, e a amostra foi não probabilística do tipo conveniência. Foram incluídos maiores de 18 anos, sem restrição de sexo; foram excluídos pacientes cujos prontuários não constavam após a evolução a óbito durante as incursões da pesquisadora à clínica.

### Local do estudo

Realizado em Centro de Alta Complexidade em Oncologia do estado do Pará, autarquia que se destaca pela oncologia clínica e cirúrgica na região metropolitana de Belém. A Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) foi o local de coleta, com 10 leitos.

### Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de junho a novembro de 2017. Utilizou-se o histórico de enfermagem conforme o instrumento institucional baseado em Marjory Gordon para cada paciente: Dados de identificação; História da doença atual; Antecedentes mórbidos pessoais e familiares; Padrões funcionais de saúde com 1) percepção da saúde e controle da doença, 2) nutricional metabólico, 3) eliminações, 4) atividade exercício, 5) sono e repouso, 6) cognitivo perceptual, 7) autopercepção, 8) participação relacionamento, 9) sexualidade e reprodução, 10) enfrentamento e tolerância ao estresse, 11) valores e crenças; Exame físico e sinais vitais; Julgamento do grau de dependência por cuidados mínimos, intensivos, intermediários e semi-intensivos.

O DAM comporta quatro dimensões em seus respectivos quadrantes: física, sócio familiar, psíquica e espiritual-religiosa<sup>(5)</sup>. Os achados da anamnese e exame físico foram inseridos na Primeira camada do diagrama (o núcleo do DAM que contempla dados do histórico do paciente), para que então os diagnósticos fossem traçados e correspondidos com as camadas subsequentes: a Segunda camada os aspectos não desejáveis e a Terceira camada representando as ações a serem perseguidas pela equipe:

- Aspectos sociais e familiares: conflitos, pendências legais, rede de suporte insuficiente (Segunda camada); providenciar cuidador, orientação legal, acompanhamento individual e familiar, orientação sobre o óbito e reunião familiar (Terceira camada).

- Aspectos físicos: sofrimento cuidador, dor, cansaço, náusea, obstipação, disfagia anorexia, lesões, reações adversas e desconhece o prognóstico (Segunda camada); tratamento da causa e sintomas, tratamento farmacológico e não farmacológico, esclarecimento do prognóstico, cuidados

avançados (Terceira camada).

- Aspectos psicológicos: negação, raiva, tristeza, culpas, preocupações, ausência de significação, luto patológico e conspiração de silêncio (Segunda camada); acompanhamento familiar e psicoterapia de apoio (Terceira camada).

- Aspectos religiosos e espirituais: sofrimento existencial, negação de valores, ritos pendentes, ausência de sentido espiritual e culpa (Segunda camada); orientações espirituais e religiosas (Terceira camada).

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados correspondidos aos quatro aspectos conceituais dos quadrantes do DAM foram armazenados em arquivos independentes do programa Microsoft Excel 2013, dispostas em tabelas as variáveis foram organizadas de acordo com título e ocorrência por dimensão física, social, espiritual e psicológica. A análise foi realizada por estatística descritiva simples, os DE agrupados considerando o valor de 100% para o cálculo de distribuição dos títulos.

### Procedimentos éticos

Respeitou-se a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o parecer nº 2.047.681 (CAAE: 66658417.5.0000.5550), pelo Comitê de ética da instituição. Aos participantes foi garantido o anonimato e sigilo com relação aos dados pessoais e também assegurado o livre direito de participar, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) após anuência.

## RESULTADOS

O quantitativo de admitidos foi 88, entretanto a amostra contou com 73 (100%) pacientes, o sexo predominante foi o feminino com 43 (58,90%) e masculino 30 (41,10%). No grau de escolaridade o ensino fundamental incompleto apresentou frequência de 33 (45,21%), 16 (21,92%) ensino fundamental completo, 15 (20,55%) têm o ensino médio completo e 9 (12,32%) não estudaram formalmente. A faixa etária de 60-69 anos 28,77% foi mais incidente, a segunda faixa etária 50-59 anos 20,55% e a terceira faixa etária de 40-49 anos e 15,07%. Constata-se que a religião católica obteve frequência de 56,16% (41) e seguida da evangélica 41,10% (30). Outrora, o estado civil predominante foi o casado com 34 pacientes (46,58%), seguido pelo solteiro com 31 (42,47%), 4 com união estável (5,48%) e 4 viúvos (5,48%).

**Tabela 1** – Distribuição relativa e absoluta de acordo com o diagnóstico médico. Belém, PA, 2018.

Agrupamento do Câncer por Sistema	N	%
-----------------------------------	---	---

Câncer de Pele	1	1,3
Câncer hematológico	1	1,3
Câncer do sistema respiratório	1	1,3
Origem indefinida	1	1,3
Câncer de partes moles	2	2,7
Câncer do SNC	4	5,4
Câncer de cabeça e pescoço	5	6,8
Mama	9	12,2
Câncer urológico	13	17,6
Câncer do trato gastrointestinal	18	24,4
Câncer ginecológico	18	24,4
TOTAL	73	100,0

Na Tabela 1 observa-se que os cânceres mais incidentes foram do trato gastrointestinal 24,4% e do câncer ginecológico 24,4%. Identificaram-se para os 73 participantes um total de 645 (100%) DE, sendo agrupados 428 (66,3%) no quadrante físico, 90 (13,9%) no quadrante social, 20 (3,1%) no espiritual, 107 (16,6%) no psicológico.

**Tabela 2** – Títulos dos DE físicos, por cálculo de frequência relativa e absoluta. Belém, PA, 2018.

Diagnóstico de enfermagem - Dimensão Física	N	%
Diarreia	1	0,2
Dor Aguda	2	0,4
Risco de Confusão Aguda	3	0,6
Risco de Volume de Líquidos Desequilibrado	4	0,9
Capacidade de Transferência Prejudicada	5	1,1
Fadiga	6	1,3
Risco para Sangramento	7	1,6
Risco para Infecção	7	1,6
Risco de Queda	7	1,6
Proteção Ineficaz	7	1,6
Confusão Aguda	8	1,8
Comunicação Verbal Prejudicada	8	1,8
Memória Prejudicada	10	2,3
Eliminação urinária prejudicada	10	2,3
Risco de Constipação	10	2,3
Troca de Gases Prejudicada	12	2,7
Constipação	12	2,7
Privação do Sono	14	3,2
Náusea	16	3,6

Mobilidade Física Prejudicada	23	5,2
Risco de Intolerância à atividade	24	5,5
Déficit no autocuidado para o banho	31	7,1
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	35	8,0
Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	36	8,2
Dor Crônica	40	9,2
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	40	9,2
Risco de Lesão por Pressão	50	11,5
TOTAL	428	100,0

Os DE físicos na Tabela 2 foram risco de Lesão por pressão (11,5%), Dor crônica (9,2%), Risco de integridade da pele prejudicada (9,2%), Perfusão tissular periférica ineficaz (8,2%), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (8,0%) e Déficit no autocuidado para o banho (7,1%).

**Tabela 3** – Títulos dos DE sociais, por cálculo de frequência relativa e absoluta. Belém, PA, 2018.

Diagnóstico de Enfermagem - Dimensão Social	N	%
Interação Social Prejudicada	2	2,2
Isolamento Social	3	3,3
Enfrentamento Familiar Comprometido	10	11,1
Tensão do Papel do Cuidador	15	16,6
Risco de Tensão do Papel do Cuidador	20	22,2
Processos Familiares Interrompidos	40	44,4
TOTAL	90	100,0

Na Tabela 3 nota-se que os títulos dos DE sociais identificados foram Processos familiares interrompidos (44,4%), risco de tensão do Papel do cuidado (22,2%) e Tensão do papel do cuidador (16,6%).

**Tabela 4** – Título dos DE espirituais, de acordo com cálculo de frequência relativa e absoluta. Belém, PA, 2018.

Diagnósticos de Enfermagem - Dimensão Espiritual	N	%
Desesperança	8	40,0
Risco de sofrimento espiritual	12	60,0
TOTAL	20	100,0

Na Tabela 4 apresentam-se os DE espirituais foram Risco de sofrimento espiritual (60,0%) e Desesperança (40,0%).

**Tabela 5** – Título dos DE psicológicos, a partir do cálculo de frequência absoluta e relativa. Belém, PA, 2018.

Diagnóstico de enfermagem - Dimensão psicológica	N	%
Ansiedade Relacionada à Morte	5	4,6
Síndrome do Estresse por Mudança	10	9,3
Controle Emocional Instável	15	13,9
Ansiedade	20	18,6
Sentimento de Impotência	20	18,6
Medo	37	34,4
TOTAL	107	100,0

Na Tabela 5 evidenciaram-se os DE psicológicos: Medo (34,58%), Sentimento de impotência (18,6%) e Ansiedade (18,6%).

## DISCUSSÃO

Os achados apontam pacientes do sexo feminino 43 (58,90%) e masculino 30 (41,10%), com faixa etária entre 60-69 anos, com cânceres de útero, gástrico e próstata, concordantes com as altas estimativas de óbito por patologia neoplásica no país<sup>(6)</sup>. Seguindo a dimensão física do DAM a progressão da doença oncológica terminal envolve as causas subjacentes do progresso tumoral e sistêmicas como obstrução intestinal maligna, dor crônica, dor cólica, caquexia, náuseas, êmese e delírio tendendo a serem multifatoriais<sup>(7)</sup>.

Obtiveram-se os DE físicos: Nutrição desequilibrada – menor do que as necessidades corporais; Perfusão Tissular Periférica Ineficaz; Dor Crônica; Risco de Integridade da Pele Prejudicada e Risco de Lesão por Pressão. Em relação ao primeiro julga-se que consiste no relato de ingestão abaixo do esperado diariamente, cavidade bucal ferida, mucosas pálidas, gastralgia e perda de peso<sup>(8-10)</sup>. A Perfusão Tissular Periférica Ineficaz é o estado em que o indivíduo apresenta diminuição das trocas de gases à nível celular, influenciando a difusão periférica capilar, devido à falta de movimentação, administração medicamentosa, outros procedimentos invasivos e gradação da doença. A integridade tissular prejudicada vincula-se a circulação comprometida, excesso de líquidos e fatores nutricionais<sup>(11,12)</sup>.

Diante de tal condição, os diagnósticos Risco de Integridade da Pele Prejudicada e Risco de Lesão por Pressão foram outro ponto destacável. A equipe de enfermagem ao aplicar a escala de Braden deve reconhecer a própria patologia neoplásica como causadora de comprometimento sistêmico, e fator agravante para as lesões por pressão (LPP), reconhecendo os estadiamento da LPP, fatores de

cisalhamento e microclima, nutrição e perfusão<sup>(13)</sup>.

A doença ostenta um significado individual e coletivo ligados a dimensão social. O câncer representa mais que dores físicas e desconforto, interferindo nos objetivos de vida, família, trabalho, renda, mobilidade, imagem corporal e estilo de vida<sup>(14)</sup>. Ao migrar para os DE de cunho social observam-se: Risco de Tensão do Papel do Cuidador e Processos Familiares Interrompidos como expressivos, as definições baseiam-se na vulnerabilidade à dificuldade em desempenhar o papel de cuidador; e nas mudanças nos relacionamentos e/ou funcionamento da família, respectivamente<sup>(4)</sup>.

Os cuidadores perpetram o cuidado mesmo no ambiente domiciliar coparticipando a enfermagem da evolução clínica dos adoecido, ratifica-se que necessitam de apoio técnico e emocional dos serviços públicos para o autocuidado familiar e educação em saúde dos envolvidos na terminalidade<sup>(15,16)</sup>, sabendo que os diagnósticos e intervenções com foco na família não estão dissociados do papel dos enfermeiros. São escassos os estudos diagnósticos com enfoque em cuidadores, embora o paliativismo oncológico recomende sua ampla inserção no plano hospitalar.

A dimensão espiritual é reconhecida como um importante recurso interno para ajudar a enfrentarem adversidades. Inserindo-se os DE na dimensão espiritual: Desesperança e Risco de sofrimento espiritual, o primeiro define-se como estado no qual o indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas disponíveis, sendo incapaz de mobilizar energias a seu favor e o segundo é a vulnerabilidade e prejuízo na experimentação de significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo<sup>(4)</sup>. O diagnóstico espiritual é pouco utilizado devido ao despreparo e lacuna na formação para a temática, reiteradamente o enfermeiro possui uma visão limitada das necessidades espirituais, alguns profissionais justificam-se alegando as fragilidades concernentes ao tema e a falta de tempo<sup>(17)</sup>.

Por fim, observaram-se os DE de cunho psicológico: Ansiedade, Sentimento de Impotência e o Medo. No tocante a ansiedade, adjunta a depressão em pacientes oncológicos, corrobora-se com o estudo transversal analítico que identificou a maior prevalência dos DE acima citados em pacientes no início de tratamento, tais sintomatologias surgem em qualquer estágio do tratamento<sup>(18)</sup>. Os diagnósticos psicossociais carecem de intervenções que melhoram a qualidade de vida, como auto percepção, promoção de esperança, enfrentamento, manutenção do processo familiar, socialização, aumento da segurança e escutar ativamente. O choro, isolamento e angústia são indicativos da carência das intervenções citadas<sup>(19,20)</sup>.

Na oncologia alguns diagnósticos psicossociais e psicoespirituais merecem atenção: desesperança, risco da dignidade humana comprometida, distúrbio de identidade

pessoal, sentimento de impotência, risco de solidão, baixa autoestima situacional, distúrbio de imagem corporal, processos familiares interrompidos, processo familiar disfuncional, interação social prejudicada, síndrome de estresse por mudança, medo, ansiedade relacionado à morte, negação ineficaz, sobrecarga de estresse, pesar, isolamento social, conforto prejudicado, risco de sofrimento espiritual e risco de religiosidade prejudicada<sup>(19)</sup>.

### **Limitações do estudo**

As limitações tangem a dificuldade do preenchimento de todos os campos do instrumento, suscitando o domínio da SAE integrando a prática paliativa a teoria. Tal dificuldade foi variante, verificou-se que como conduta prioritária coube o controle de sinais e sintomas para proporcionar-lhes bem-estar, justificando a primazia de DE físicos. Entretanto, associando escuta qualificada e comunicação eficiente foi possível introduzir a filosofia dos cuidados paliativos focalizando em outras dimensões conceituais.

### **Contribuições do estudo para a prática**

O DAM exercita a identificação dos problemas de enfermagem em suas dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais como a taxonomia NANDA prevê, constituindo-se como ferramenta que aprimora o trabalho da equipe multiprofissional na busca pela qualidade da assistência durante a terminalidade. O diagrama poderá ser apresentado e discutido entre equipe, cuidador e adoecido.

### **CONCLUSÃO**

O perfil sócio epidemiológico dos pacientes paliativos oncológicos foi, sobretudo, de pacientes com câncer do trato gastrointestinal e câncer ginecológico, majoritariamente com ensino fundamental incompleto, de 60-69 anos, católicos e casados, dados importantes para compreensão do perfil dos DE coletados. Identificaram-se 645 DE sendo agrupados 428 no quadrante físico, 107 no psicológico, 90 no quadrante social e 20 no espiritual.

O estudo permitiu conhecer a preferência por diagnósticos físicos, o que ainda denota a necessidade de mudanças de paradigmas na execução da SAE no intuito de escutar o paciente, respeitando as fragilidades momentâneas da pessoa diante do processo de terminalidade e oferecendo suporte adequado aos familiares.

### **Contribuição dos autores**

Concepção e desenho: Xavier ECL, Santana ME e Correa Júnior AJS; Análise e interpretação dos dados: Xavier ECL, Carvalho MMC, Lima FR e Santana ME; Redação do artigo: Xavier ECL, Carvalho MMC e Lima FR; Revisão crítica: Xavier ECL, Santana ME e Correa Júnior AJS; Revisão final: Xavier ECL e Correa Júnior AJS.

## REFERÊNCIAS

1. Corsi DC, Turriziani A, Cavanna L, Morino P, Ribecco AS, Ciaparrone M, et al. Consensus document of the Italian Association of Medical Oncology and the Italian Society of Palliative Care on early palliative care. *Tumori* [Internet]. 2019 Aug [cited 2018 Dec 08];105(2):103-12. Available from: <https://doi.org/10.1177/0300891618792478>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 23 de novembro de 2018 [cited 2018 Aug 08]. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>
3. Oliveira RS, Cruz Almeida E, Azevedo NM, Almeida MAP, Oliveira JGC. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da Sistematização do Cuidado de Enfermagem. *Revista Uniabeu* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 08];8(20):350-62. Available from: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1912>
4. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
5. Saporetti LA, Andrade L, Sachs MFA, Guimarães TVV. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. Manual de cuidados paliativos ANCP. Revisado e atualizado. 2ª Ed. Org: Carvalho RT, Parsons HA. 2012 [cited 2018 Aug 08];42-55. Available from: [http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575\\_345331.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf)
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018/2019: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017 [cited 2018 Aug 08]. 128 p. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
7. Clark K. Care at the very end-of-life: dying cancer patients and their chosen family's needs. *Cancers* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 08];9(2):11. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers9020011>
8. Araújo DD, Rodrigues AB, Oliveira PP, Silva LS, Vecchia BP, Silveira EAA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com doença enxerto submetidos a transplante de células-tronco hematopoiética. *Cogitare enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 02];20(2):307-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.40340>
9. Sousa RM, Espírito Santo FH, Santana RF, Lopes MVDO, et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 02];19(1):51-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150008>
10. Sousa LP, Vasconcelos C, Parra AV. Processo de enfermagem dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. *Braz J Surg Clin Res* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 02];10(1):5-20. Available from: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150304\\_162920.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150304_162920.pdf)
11. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. *Acta paul enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 02];28(1):26-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500006>
12. Malaquias SG, Bachion MM, Martins MA, Nunes CAB, Torres GV, Pereira LV. Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlceras vasculares. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 02];23(2):434-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001090013>
13. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Rev enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 03];6(2):2292-306. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>
14. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PI, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Revista saúde.com* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 08];11(2):14-22. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a02.pdf>
15. Vale JMM, Neto ACM, Santos LMS, Santana ME. Educação em saúde ao familiar cuidador de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares. *Enferm foco*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 18];10(2):52-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1684>
16. Meneguim S, Ribeiro R. Difficulties of caregivers providing palliative care to patients covered by the family health strategy. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 08];25(1):e3360014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003360014>
17. Menezes TMO. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 08];31(2). Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/22522/14622>
18. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, et al. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 08];62(4):321-8. Available from: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v04/pdf/04-artigo-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-e-identificacao-de-variaveis-predisponentes.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v04/pdf/04-artigo-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-e-identificacao-de-variaveis-predisponentes.pdf)
19. Ribeiro JP, Cardoso LS, Pereira CMS, Silva BT, Bubolz BK, Castro CK. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 05];8(4):5136-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5136-5142>
20. Ubaldo I, Matos E, Salum NC. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas de enfermagem segundo teoria de horta. *Cogitare enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 05];20(4):687-94. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40468/26628>