

# CÂNCER E DOR: ALTERAÇÕES NOS PADRÕES DE RESPOSTA HUMANA

CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA \*, DINÁ DE ALMEIDA LOPES MONTEIRO DA CRUZ \*

PIMENTA, C. A. de M.; CRUZ, D. de A. L. M. da - Câncer e dor: Alterações nos padrões de resposta humana. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, V. 7, n.1, p. 27-34, jan/mar, 1994.

**RESUMO:** Os objetivos deste estudo, foram: identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os padrões de resposta humana alterados nos pacientes com câncer em tratamento ambulatorial da dor, com base nos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Os resultados referem-se a uma amostra de 10 pacientes do sexo masculino, com idade média de 58,2 anos. A partir dos dados coletados em entrevistas formularam-se diagnósticos tendo como critérios o consenso entre as autoras e a evidência de pelo menos uma característica definidora. Foram formulados 90 diagnósticos distribuídos em 28 categorias diferentes. Os mais frequentes foram: dor crônica (100%), déficit de conhecimento (90%), prejuízo na mobilidade física (70%), alteração na nutrição: menos que o corpo necessita (60%), intolerância à atividade (60%), constipação (60%), distúrbio no padrão de sono (50%), "coping" individual ineficaz (40%) e potencial para infecção (40%). Encontrou-se alteração em todos os padrões de resposta humana, excetuando-se o valorar e os padrões mais alterados foram: trocar (32,2%), mover (21,1%), sentir (12,2%), conhecer (11,1%) e perceber (10%). Os dados mostram que a doença oncológica e a dor acarretam alterações fisiológicas, na vida de relação, nas atividades da vida diária e no afeto dos indivíduos, comprometendo a qualidade de vida e gerando ampla demanda de cuidados de enfermagem.

**UNITERMOS:** câncer, dor, diagnósticos de enfermagem, padrões de resposta humana.

## INTRODUÇÃO

A freqüência de cânceres tem crescido acentuadamente na população brasileira nas últimas décadas, sendo atualmente a terceira causa de morte no Brasil (LAURENTI, 1991).

O câncer é doença complexa, de longa duração e que compromete significativamente a vida dos indivíduos nos âmbitos de seu funcionamento biológico, social e afetivo, exigindo assistência especializada por diferentes profissionais.

À medida que a sobrevida dos doentes au-

menta e acentua-se a tendência ao tratamento domiciliar, pacientes e familiares cada vez mais precisarão ser habilitados para o cuidado em suas casas.

Dentre os desconfortos experenciados por esses doentes, a dor tem sido apontada como um sintoma muito freqüente, acometendo de 50 a 80% dos indivíduos em fase avançada da doença (BONICA, 1985). A dor que agrava as alterações oriundas do câncer e, por si só, gera outras limitações e grande sofrimento físico e moral.

A atuação em ambulatório de dor oncológica gerou a necessidade de se conhecer as demandas

\* Assistentes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

**Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável**

de cuidados dos pacientes, para as quais seriam pertinentes ações de enfermagem.

A determinação, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem depende da caracterização das situações que requerem ações de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, que vêm sendo desenvolvidos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), são uma forma de discriminar os fenômenos de interesse para a enfermagem, uma vez que designam e descrevem as respostas dos pacientes a problemas de saúde ou a processos vitais. Os estudos de identificação de diagnósticos em grupos específicos de pacientes oferecem um perfil sobre as suas principais respostas, o que por sua vez, caracteriza a sua necessidade de cuidados de enfermagem. Além disso, tais estudos podem favorecer posteriormente a análise da utilidade clínica dos diagnósticos de enfermagem.

No Brasil, o interesse no assunto é emergente, o que se caracteriza pelo fato das publicações nacionais serem do início desta década e ainda escassas (CRUZ, ARURI, 1990; MARIA, 1990; FARIAS *et al.*, 1990; CRUZ, 1993).

*O movimento dos diagnósticos de enfermagem*

O movimento dos diagnósticos de enfermagem ganhou ênfase em 1973 quando realizou-se na América do Norte a 1<sup>a</sup> Conferência sobre Diagnósticos de Enfermagem. A intenção era identificar e denominar as situações, entidades ou fenômenos nos quais os enfermeiros intervêm. Nessa 1<sup>a</sup> Conferência os participantes apresentaram e denominaram as situações que vivenciavam na prática com pacientes. Foram aceitos como diagnósticos de enfermagem as situações que a maioria dos participantes consideraram suficientemente claras para serem testadas clinicamente. Nessa fase foram aceitos cerca de 30 diagnósticos de enfermagem.

Até o momento ocorreram 10 conferências bienais e em 1982 houve a criação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que assumiu os trabalhos dessas conferências e que reúne esforços para denominar, classificar, enfim, para o desenvolvimento de todas as questões referentes ao diagnóstico de enfermagem.

Até a 9<sup>a</sup> Conferência, em 1990, foram aceitos 99 diagnósticos de enfermagem e a seguinte definição: diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da

família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (FARIAS *et al.*, 1990).

Os diagnósticos de enfermagem foram agrupados em 9 categorias denominadas de padrões de respostas humanas, a saber: trocar, comunicar, mover, relacionar, valorar, perceber, sentir, conhecer e escolher. Cada diagnóstico possui definição, listagem de suas características definidoras e de fatores a ele relacionados (TAXONOMY, 1989). A definição procura explicitar o conceito que se tem da situação expressa pela denominação do diagnóstico. As características definidoras são as evidências que o enfermeiro identifica no paciente a partir do levantamento de dados e que pelo seu julgamento interpreta e agrupa. Elas são os fundamentos para a afirmação diagnóstica. Alguns diagnósticos têm características definidoras críticas, isto é, sem a presença delas não se pode afirmar o diagnóstico em questão. Os fatores relacionados são os elementos que contribuem para a ocorrência do diagnóstico. Devem ser investigados pois auxiliam na determinação das intervenções.

A crença de que os diagnósticos de enfermagem trazem perspectivas para a delimitação dos fenômenos nos quais a enfermeira intervém, de que estes devem ser testados e os resultados divulgados para serem adaptados ao Brasil, justificaram a escolha desse referencial.

Visando conhecer as demandas de cuidado nos pacientes com câncer em tratamento em ambulatório de dor, elaboramos um estudo cujos objetivos foram:

- identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes;
- levantar os padrões de respostas humanas alterados.

**MATERIAL E MÉTODO**

Os dados foram coletados junto a paciente oncológicos em um ambulatório de dor, no ano de 1992, no momento da consulta de enfermagem, através de entrevista. Os critérios de seleção foram: ser adulto, ter condições de verbalização e disponibilidade para participar.

Foram analisados, inicialmente os dados de 10 pacientes.

O instrumento constava de questões abertas

abordando os 9 padrões de resposta humana da NANDA.

A partir dos dados coletados foram identificados os que seriam relevantes e agrupados conforme a pertinência existente entre eles. Os critérios para a afirmação diagnóstica foram a identificação de pelo menos uma característica definidora da Taxonomia I da NANDA (TAXONOMY, 1989) e o consenso entre as autoras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados preliminares referem-se a uma amostra de dez pacientes do sexo masculino, com idade média de 58,2 anos (variando de 29 a 78 anos). Os diagnósticos médicos foram câncer de pulmão (3), de estômago, de pâncreas, de língua, de testículo, de próstata, de pele e liposarcoma.

Foram formulados 90 diagnósticos de enfermagem com uma média de 9 por paciente (mínimo de 6 e máximo 13) distribuídos em 28 categorias diferentes conforme o QUADRO I.

Como mostra o QUADRO I os diagnósticos mais freqüentes foram: dor crônica (100%), déficit de conhecimento (90%), prejuízo na mobilidade física (70%), alteração na nutrição menos que o corpo necessita (60%), intolerância à atividade (60%), constipação (60%), distúrbio no padrão de sono (50%), "coping" individual ineficaz (40%) e potencial para infecção (40%). Ainda, cinco categorias foram formuladas para 30% dos pacientes, quatro para 20% e dez para 10%.

A presença de dor era a razão da matrícula dos pacientes nesse serviço. Portanto, a ocorrência desse diagnóstico em 100% dos pacientes era esperada. Pudemos observar que a dor ou aspectos relativos ao seu tratamento, foram elementos constituintes de outros diagnósticos, quer seja como característica definidora ou fator relacionado. Entre outros, no prejuízo da mobilidade física e no distúrbio do padrão do sono, a dor estava na gênese desses diagnósticos. O uso de analgésicos opióides e anti-depressivos tricíclicos foram fatores relacionados do diagnóstico de constipação. Também na esfera psicossocial a dor foi elemento para diagnósticos como: "coping" individual ineficaz, desesperança e impotência. Dessa forma, a presença de dor pode ser vista como um núcleo a partir do qual diferentes respostas advêm e, indaga-se, se o seu adequado controle não acarretaria a supressão de outros diagnósticos. Se isso for verdadeiro

pode-se questionar ainda se o uso de um diagnóstico como característica definidora ou fator relacionado de outros diagnósticos é legítimo. A experiência profissional no uso dos diagnósticos de enfermagem no Brasil ainda é incipiente o que pode ocasionar a superestimação destes e gerar dificuldades ou ineficácia da assistência frente a necessidade de intervir simultaneamente em múltiplos fenômenos em um mesmo paciente.

Apesar de em outros estudos brasileiros não haver referência de que alguns diagnósticos tenham sido fator relacionado ou característica definidora de outros, indaga-se se isto não ocorreu tal como aconteceu em nosso estudo. De qualquer forma no estudo de CRUZ; ARCURI (1989) encontrou-se a média de 7,7 diagnósticos por paciente e no de JESUS (1992), 17,5.

A habilidade no processo diagnóstico é fator preponderante na precisão dos diagnósticos formulados e portanto interfere também no número de diagnósticos de cada paciente. O fato de no

QUADRO I - Freqüência das categorias diagnósticas formuladas em pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial da dor. São Paulo, 1992.

CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICOS	nº	FREQUÊNCIA %
01. Dor crônica	10	100
02. Déficit de conhecimento	9	90
03. Prejuízo na mobilidade física	7	70
04. Alteração na nutrição: menos que o corpo necessita	6	60
05. Constipação	6	60
06. Intolerância à atividade	6	60
07. Distúrbio no padrão do sono	5	50
08. Potencial para infecções	4	40
09. "Coping" individual ineficaz	4	40
10. Potencial para eliminação traqueobrônquica ineficaz	3	30
11. Integridade da pele prejudicada	3	30
12. Potencial para constipação	3	30
13. "Coping" familiar ineficaz	3	30
14. Desesperança	3	30
15. Retenção urinária	2	20
16. Comunicação verbal prejudicada	2	20
17. Distúrbio da auto-estima	2	20
18. Alteração na imagem corporal	2	20
19. Alteração na eliminação urinária: incontinência por pressão	1	10
20. Alteração na mucosa oral	1	10
21. Alteração na sexualidade	1	10
22. Alteração no desempenho de papel	1	10
23. Falta de adesão ao tratamento	1	10
24. Déficit de autocuidado (toilette/vestir/banho)	1	10
25. Impotência	1	10
26. Alteração sensorial perceptiva(audição)	1	10
27. Alteração no processo de pensamento	1	10
28. Disfunção na reação de pesar	1	10

Brasil estarmos buscando aprender esse processo pode levar a imprecisões tanto nos diagnósticos formulados quanto no número de diagnósticos por paciente.

No entanto alguns estudos norte-americanos, onde há maior experiência no uso de diagnósticos, ressalvadas as diferenças de método e população, apresentam médias que também nos parecem altas. No estudo de BEAULIEU (1989) junto a 15 pacientes com diabetes mellitus insulino-dependente, encontrou-se de 2 a 7 diagnósticos por paciente e média de 4,8 diagnósticos. ANTALL (1989) encontrou a média de 7 diagnósticos por paciente, variando de 3 a 14, em estudo com 14 pacientes oncológicos.

A publicação norte-americana *Nursing Diagnosis* na seção recentemente incluída "You make the Diagnosis Case Study", que visa proporcionar ao leitor um exercício no processo de elaboração diagnóstica, apresenta casos que, à primeira vista, para a enfermeira principiante no uso de diagnósticos de enfermagem, parecem conter várias categorias diagnósticas. No entanto, nas discussões por especialistas na área percebe-se um agrupamento de dados feitos de tal forma que as categorias diagnósticas ficam reduzidas a uma ou duas (PATCHER, 1993; BRUNO, 1993; ANDERSON, 1992). Daí os nossos questionamentos relativos a superestimação diagnóstica.

Quando analisamos o estudo brasileiro de CRUZ (1993), que inclui na metodologia um painel de 2 juízes para validar diagnósticos formulados pela pesquisadora junto a 8 pacientes ambulatoriais com hipertensão arterial, chamou-nos a atenção o fato de que o número de diagnósticos formulados pelas 3 enfermeiras para os mesmos pacientes, variou de 3 a 10 por paciente. Após a aplicação do processo de validação, estabelecido pela autora, essa faixa de variação diminuiu para de zero a 2 diagnósticos por paciente. O número de categorias diagnósticas que antes da validação era 19, caiu para 5. Embora possa haver limitações na escala utilizada para a validação do processo diagnóstico, o estudo aponta a necessidade de aperfeiçoar o raciocínio diagnóstico e de se utilizar métodos de validação em estudos de caracterização de grupos específicos de pacientes.

Como segundo diagnóstico mais frequente foi encontrado o de déficit de conhecimento (90%). Este déficit refere-se à falta de informação sobre a doença, prognóstico e tratamento ou informações errôneas acerca destas questões.

Este alto índice de desinformação talvez seja consequente ao hábito preponderante em nosso meio de não se discutir ou informar ao cliente seu diagnóstico, especialmente quando se trata de câncer. Além disso os profissionais de saúde parecem não assumir como de sua competência a informação e educação do paciente nos aspectos relativos ao seu diagnóstico, tratamento, limitações e perspectivas. Parecem também não avaliar as possíveis repercussões deste déficit de conhecimento na vida do indivíduo e de sua família, em um plano mais geral e, especificamente, na evolução e seguimento da terapêutica.

Nos pacientes deste estudo, o déficit de conhecimento pareceu contribuir para o estabelecimento de expectativas não realistas a respeito da evolução da doença e tratamento, para a fragilização da relação profissional-paciente, além de prejudicar o potencial de suporte das relações familiares. Parece criar-se nas relações entre os pacientes e profissionais e entre os pacientes e sua família um jogo de sabe/não sabe que gera desconfiança e dispêndio desnecessário de energia comprometendo essas relações. Também no âmbito das relações enfermeira-paciente quando este desconhece o seu diagnóstico, a possibilidade de troca de informações consistentes e apoio emocional ficam prejudicados.

À medida que aumenta a sobrevida dos pacientes com doenças crônicas, sofisticam-se as terapias e prioriza-se o tratamento domiciliar, doentes e familiares terão cada vez mais que assumir a responsabilidade pelo próprio cuidado. Assim, o déficit de conhecimento limita o envolvimento e a participação efetiva no manejo da doença e suas repercussões.

O prejuízo na mobilidade física ocorreu em 70% dos pacientes. Estava relacionado ao câncer em si e à dor. Alterações na mobilidade física repercutem no desempenho das atividades da vida diária. Muitas vezes é necessário o auxílio dos familiares. Conhecer essas limitações do doente e os recursos humanos e materiais que podem ser mobilizados, é básico para a orientação destes visando minimizar esse prejuízo.

Dos 6 (60%) pacientes com diagnóstico de intolerância à atividade, 5 tinham também o diagnóstico do prejuízo da mobilidade física. Possivelmente esses diagnósticos se potencializam. Assim, intervenções destinadas a recuperação da mobilidade física podem melhorar a tolerância à atividade e o potencial para o autocuidado.

Quanto às alterações na nutrição: menos que

À medida que aumenta a sobrevida dos pacientes com doenças crônicas, sofisticam-se as terapias e prioriza-se o tratamento domiciliar ...

as necessidades corporais, para 60% dos pacientes esse diagnóstico foi formulado. As evidências desse diagnóstico foram as referências de perda progressiva de peso, de falta de apetite e alterações gustativas. Talvez a utilização de medidas antropométricas e uma análise mais minuciosa da evolução do peso corporal e dos fatores alimentares pudesse elevar o índice encontrado. A doença de base foi a principal fator relacionando a este diagnóstico.

Se considerarmos a freqüência do diagnóstico de constipação (60%) somada à de potencial para constipação (30%), a eliminação intestinal assume grande importância na assistência aos

pacientes com câncer em tratamento de dor, que envolve em muitos casos o uso de drogas que interferem nessa função. Além disso as informações referentes ao padrão alimentar desses pacientes sugeriram que eles não estavam suficientemente orientados quanto às possíveis formas de controlar essa alteração ou prevenir-la quando identificada como potencial.

O distúrbio do padrão de sono diagnosticado em 50% dos pacientes estava relacionado à dor, que os pacientes referiam interromper o sono ou à dificuldade de conciliá-lo, devido a preocupações relativas ao seu estado de saúde e as repercuções que geravam na vida pessoal e

**TABELA 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem formulados em pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial da dor, segundo os Padrões de Resposta Humana. São Paulo, 1992.**

Padrão de Resposta Humana	Categoria Diagnóstica	Nº	Fréqüência %
TROCAR	. Alteração na nutrição: menos que o corpo necessita . Constipação . Potencial para infecções . Potencial para eliminação traqueobrônquica ineficaz . Integridade da pele prejudicada . Potencial para constipação . Retenção urinária . Alteração na eliminação urinária: incontinência por pressão . Alteração na mucosa oral	06 06 04 03 03 03 02 01 01	
	Sub-Total	29	32,22
MOVER	. Prejuízo na mobilidade física . Intolerância à atividades . Distúrbio no padrão de sono . Déficit de autocuidado toilette/vestir/banho	07 06 05 01	
	Sub-Total	19	21,11
SENTIR	. Dor crônica . Disfunção na reação de pesar	10 01	
	Sub-Total	11	12,22
CONHECER	. Déficit de conhecimento . Alteração no processo de pensamento	09 01	
	Sub-Total	10	11,11
PERCEBER	. Desesperança . Alteração da imagem corporal . Distúrbio da auto-estima . Impotência . Alteração sensorial perceptiva (audição)	03 02 02 01 01	
	Sub-Total	09	10,00
ESCOLHER	. Coping individual ineficaz . Coping familiar ineficaz . Falta de adesão ao tratamento	04 03 01	
	Sub-Total	08	8,90
COMUNICAR	. Comunicação verbal prejudicada	02	
	Sub-Total	02	2,22
RELACIONAR	. Alteração na sexualidade . Alteração no desempenho de papel	01 01	
	Sub-Total	02	2,22
<b>TOTAL</b>		<b>90</b>	<b>100,0</b>

Embora as alterações físicas provocadas pelo câncer sejam exuberantes, acredita-se também que o impacto da doença no indivíduo é global.

familiar. Caracterizando também esse diagnóstico houve sempre a referência de que se levantavam cansados e desanimados. Mais uma vez ressalta-se a multidimensionalidade que a abordagem por diagnósticos de enfermagem traz à tona.

Os demais diagnósticos ocorreram em uma freqüência menor que 50% e vale ressaltar que entre estes estão todos os diagnósticos da enfermagem da área psico-social.

O fato dos diagnósticos relacionados diretamente à área física estarem mais desenvolvidos nos aspectos de conceituação, características definidoras e fatores relacionados que os da esfera psico-social, facilita o processo diagnóstico. Além disso, tradicionalmente, o saber em enfermagem está melhor consolidado na área biológica e isto gera dificuldade em colher e atribuir significado a dados relativos à vida de relação e afeto.

Embora as alterações físicas provocadas pelo câncer sejam exuberantes, acredita-se também que o impacto da doença no indivíduo é global. Daí, esperávamos encontrar maior número de diagnósticos, em freqüência e categorias, relacionados à área psico-social. Apesar de 1/3 das categorias diagnósticas formuladas referirem-se a esta área, a freqüência com que aparecem foi inferior a nossa expectativa. No entanto, comparando-se os resultados deste estudo aos de ANTALL (1989), cuja população constituiu-se de 14 pacientes oncológicos, observamos semelhanças nos resultados, tanto em relação às categorias diagnósticas, quanto às suas freqüências.

A distribuição dos diagnósticos formulados segundo os Padrões de Resposta Humana está apresentada na Tabela 1.

Pela análise da freqüência de diagnósticos formulados por padrão, os mais alterados foram: trocar (32,2%); mover (21,1%), sentir (12,2%), conhecer (11,1%) e perceber (10%), conforme mostra a Tabela 1.

Encontramos alteração em todos os padrões de resposta humana, excetuando-se o valorar. Embora nos estudos de ANTALL, 1989; BEAULIEU, 1989; CRUZ, ARURI, 1989; WOODTLI, ORT, 1991, 1993, a referência tenha sido os Padrões Funcionais de Saúde propostos por GORDON (1987) também não encontraram o diagnóstico que caracteriza alteração no padrão de crença e valor. As semelhanças entre o padrão de crença e valor de GORDON e o padrão valorar da NANDA

permitem tal comparação. Da mesma forma, no estudo de JESUS (1992) não houve diagnóstico do padrão valorar. O diagnóstico "distresse" espiritual é difícil de ser formulado. Além de estar pouco desenvolvido em termos de definição, a característica definidora crítica: preocupação expressa com o significado da vida ou da morte e/ou com sistema de crenças" (FARIAS et al, 1990) é difícil de ser avaliada. Em 70% dos pacientes deste estudo houve verbalização do uso de práticas como rezar, ir à missa, encontrar-se com grupos religiosos, conversar com Deus, entre outros, como estratégias para enfrentar o sofrimento e a dor. Conhecer o comportamento dos pacientes em relação aos aspectos espirituais e os efeitos que ele traz, podem ser a base para o enfermeiro auxiliar o paciente a otimizar a utilização desse suporte. Talvez fossem válidos estudos de identificação de outros diagnósticos nesse padrão que pudessem refletir a busca ativa de conforto espiritual que esses pacientes muitas vezes empreendem.

A presença de alterações em oito dos nove Padrões de Resposta Humana, mostra que a doença oncológica e a dor acarretam alterações fisiológicas, na vida de relação, nas atividades da vida diária e no afeto dos indivíduos, comprometendo a qualidade de vida e gerando ampla demanda de cuidados de enfermagem. Pesquisas que descrevam, expliquem e fundamentem esses fenômenos serão o alicerce para o cuidado destes pacientes.

## CONCLUSÃO

A partir da análise das entrevistas com 10 pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial de dor os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente formulados foram: dor crônica (100%), déficit de conhecimento (90%), prejuízo na mobilidade física (70%), alteração de nutrição menos que o corpo necessita (60%), intolerância à atividade (60%), constipação (60%), distúrbio no padrão de sono (50%), coping individual ineficaz (40%) e potencial para infecção (40%).

Quanto aos Padrões de Resposta Humana encontrou-se alteração em todos, excetuando-se o padrão valorar.

Pela análise da freqüência de diagnósticos formulados por padrão, os mais alterados foram: trocar (32,2%); mover (21,1%), sentir (12,2%), conhecer (11,1%) e perceber (10%).

A continuidade deste estudo, com o aumento da amostra e maior vivência no processo de formulação de diagnósticos, talvez traga novas contribuições no delineamento do perfil da demanda de cuidados desta população específica o que facilita o planejamento da assistência a esse grupo de pacientes. No entanto o pressuposto da especificidade do indivíduo não é suplantado pelos contornos genéricos que esses estudos oferecem. Sempre será necessário a análise da situação de cada paciente.

É importante ressaltar que os diagnósticos de

enfermagem são abstrações que summarizam um grupo de dados observáveis e significativo para o cuidado de enfermagem, envolvendo julgamento, inferências e intuição. É um processo novo e ainda com barreiras. Traz, no entanto, perspectivas de reordenar e explicitar fenômenos novos e tradicionais com os quais o enfermeiro trabalha. Reorganizar e explicitar esses fenômenos a partir de um referencial próprio, testado e validado é essencial para a conquista da maturidade da profissão, nos aspectos do cuidar, ensinar e pesquisar.

PIMENTA, C. A. de M.; CRUZ, D. de A. L. M. da - Cancer and pain: Alterations in human response patterns. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, V. 7, n.1, p. 27-34, jan/mar, 1994.

**ABSTRACT:** The ambulatory acting in oncological pain created the need in knowing the demand of patients' care. Therefore, a study was elaborated and the objectives were: identify the most frequent nursing diagnoses and the human response patterns (HRP) altered in patients with cancer in treatment in a pain ambulatory, based on nursing diagnoses from North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). The results refer to a sample of ten male patients, with an average of 58,2 years old. Based on the collected data in interview diagnoses were made taking as criterion the consensus between the authors and the evidence with at least one defining characteristic. Ninety diagnoses were formulated distributed in 28 different categories. The most frequent diagnoses were: chronic pain (100%), knowledge deficit (90%), impaired physical mobility (70%), altered nutrition: less than body requirements (60%), activity intolerance (60%), constipation (60%), sleep pattern disturbance (50%), ineffective individual coping (40%), potential for infection (40%). Alterations were found in every HRP excepting the valuing pattern and the most altered were: changing (32,2%), moving (21,1%), feeling (12,2%), knowing (11,1%) and perceiving (10%). The data show the oncological illness and the pain carry alterations in the physiological domain, in the interpersonal life, in the daily life activities and in the persons' affection, bringing the commitment to quality of life and creating an extensive nursing care demand.

**KEY WORDS:** cancer, pain, nursing diagnosis, human patterns responses.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, M. You make the diagnosis: case study. *Nurs. Diag.*, v.3, n.4, p.147, 1992.
2. ANTALL, G.F. Nursing diagnosis identified in the oncology patient at discharge. In: CARROLL-JOHNSON, R.M. (ed.) *Classification of nursing diagnoses - Proceedings of the Eighth Conference*. Philadelphia, Lippincott, 1989. p.228-33.
3. BEAULIEU, J.A. Nursing diagnoses co-occurring in adults with insulin-dependant diabetes mellitus. In: CARROLL-JOHNSON, R.M. (ed.) *Classification of nursing diagnoses -*

- Proceedings of the Eighth Conference. Philadelphia, Lippincott, 1989. p.199-205.
4. BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: FIELDS et al. *Advances in pain research and therapy*. Raven Press, New York, 1985. v. 9, p.589-615.
  5. BRUNO, J.P. You make the diagnosis: case study. *Nurs.Diag.*, v.4, n.1, p.14, 35-6, 1993.
  6. CRUZ, D. de A.L.M. da; ARCURI, E.A.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.24, n.2, p.265-80, 1990.
  7. CRUZ, I.C.F. da. *Diagnósticos de enfermagem - estratégia para sua formulação e validação*. São Paulo, 1993. 157 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
  8. FARIA, J.N. et al. *Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa, Santa Marta, 1990.
  9. GORDON, M. *Nursing diagnosis: process and application*. 2 ed. New York, McGraw Hill, 1987.
  10. JESUS, C.A.C. de. *Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica*. Ribeirão Preto, 1992. 279p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
  11. LAURENTI, R. *Câncer: magnitude do problema no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1991./Mimeografado/
  12. PATCHER, S.A. You make the diagnosis: case study. *Nurs.Diag.*, v.4, n.1, p.5, 35, 1993.
  13. TAXONOMY1-revised 1989. Saint Louis, North American Nursing Diagnosis Association, 1989.
  14. WOODTLI, A.; ORT, S.V. Nursing diagnosis and functional health patterns in patients receiving external radiation therapy. *Nurs.Diag.*, v.2, n.4, p.171-80, 1991.
  15. WOODTLI, A.; ORT, S.V. Nursing diagnosis and functional health patterns in patients receiving external radiation therapy: cancer of the digestive organ. *Nurs.Diag.*, v.4, n.1, p.15-25, 1993.