

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA PACIENTES
COM DOR ONCOLÓGICA

JOÃO PESSOA
2016

MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMONOLÓGICO CIPE® PARA
PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA

Tese vinculada à linha de pesquisa '*Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem*', na área de concentração '*Cuidado em Enfermagem e Saúde*', apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Projeto de pesquisa vinculado: Subconjuntos terminológicos da CIPE® para áreas de especialidades clínicas e da atenção básica em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

JOÃO PESSOA

2016

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

C331v Carvalho, Marisaulina Wanderley Abrantes de. Validação do subconjunto terminológico CIPE[®] para pacientes com dor oncológica / Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho.- João Pessoa, 2016.

205f. : il.

Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Cuidado em enfermagem e saúde.
3. Enfermagem oncológica. 4. Dor. 5. Cuidados de conforto.
6. Terminologia.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

MARISAUlina WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

Validação do Subconjunto Terminológico CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica

Tese vinculada à linha de pesquisa *Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem*, na área de concentração *Cuidado em Enfermagem e Saúde*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: 22/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Miriam Lima da Nóbrega - Orientadora
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Lucia de Fátima da Silva – Membro externo
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a Dr^a Isabelle Pimentel Gomes – Membro externo
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo Fernandes – Membro interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt – Membro interno
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a Dr^a Maria Célia Freitas – Membro suplente externo
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a Dr^a Ana Cláudia Torres de Medeiros – Membro suplente interno
Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes oncológicos que tanto amo!!! Espero ter podido colaborar com esta gota em um mar ímenso que é o cuidar de vocês.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, Nunca pensei que fosse tão difícil conseguir esta vitória em minha vida, mas inexplicavelmente, ELE me concedeu essa graça, sem o Senhor, meu PAI, não teria forças para cumpri-la;

A Minha rainha, minha mãe, minha MARIA, obrigada por tão ternamente ter me amparado com seu amor e me consolado nos momentos mais difíceis;

A Egídia minha linda mãe, que não pode fisicamente compartilhar os meus momentos, mas que esteve presente em meu coração, alimentando um amor incondicional que a cada dia me animava, para continuar lutando.

A Painho e madrinha, sem vocês esse sonho não seria possível, obrigada por terem me proporcionado todas as oportunidades de estudar e acreditarem que eu faria valer cada esforço; ao meu irmão, que mesmo distante, sempre torceu por meu sucesso; Amo muito vocês.

Ao meu maravilhoso esposo, que sempre me apoia na busca dos meus sonhos, principalmente me mantendo equilibrada e amada, mesmo nos momentos que eu me fiz ausente e omissa como esposa, mãe e dona de casa.

Aos meus dois filhos lindos, João e Nanda, razões do meu viver e estímulos para minhas lutas, que mesmo não entendendo nada, suportaram e respeitaram minhas ausências, meus gritos, minha tensão e colaboraram lindamente para realização deste sonho, uuuuu!!!!!! Somos uma família 10, juntos realizaremos todas as nossas aspirações.

Aos colegas do Hospital Napoleão Laureano e da clínica Oncovida, que tão prontamente colaboraram com minha pesquisa.

Aos pacientes que motivam o meu amor pela oncologia.

Aos amigos do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por ter substituído minha ausência com tanta dedicação. E a diretoria por tão prontamente conceder meu afastamento.

As colegas que conheci no doutorado, Daniela, Rafaela, Alynne, France, Débora, Lenilma, Isabelle, Luípa, Verbena, Melquíades, Lara, Simone, Ana Maria, Carina, Alana, Patrícia, foi muito bom compartilhar momentos tão ricos com vocês.

A amiga, Flávia Moura, pela amizade cativada desde o mestrado, pelas vitórias e angústias compartilhadas e pela oportunidade de me fazer conhecer uma pessoa tão linda como você.

A amiga Carol, que desde seu PIBIC estamos juntas na troca de conhecimentos, por ter me dado a maior força nesta fase final, e por ter enxugado muito as minhas lágrimas, me confortando com seu terço.

A minha linda amiga séria, Gabriela Lisieux, que com sua sensatez me fazia ter a paz de espírito que eu precisava, você é dez.

A minha amiga Ana Márcia, que tão levemente, faz parte da vida das pessoas de uma maneira linda e desprestenciosa.

A minha amiga Stella, por além de outras coisas, me ouvir por horas, sempre que eu precisava de um ombro.

Aos todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela ajuda e por ter me dado o privilégio da convivência.

Aos membros efetivos da banca examinadora, Prof^a Dr^a Lucia de Fátima, que tão prontamente aceitou colaborar com meu trabalho, a Prof^a Dr^a Isabelle Pimentel, um exemplo de amor à oncologia, Prof^a Dr^a Maria das Graças Melo, por estar sempre disponível a me ouvir, Prof^a Dr^a Greicy Kelly Bittencourt, pelas ricas colaborações, Prof^a Dr^a Ana Claudia Torres, pelo compartilhamento de bons momentos durante este período, Prof^a Dr^a Maria Célia Freitas por aceitar fazer parte deste sonho.

Aqueles que não citei o nome, mas que contribuíram de forma direta ou indireta para a concretização desta pesquisa, saibam que estão em meu coração.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Deus me deu dois presentes acadêmicos, o milagre de Ingressar no doutorado e um anjo. Não um anjo qualquer, porque esse veio em forma humana, era o seu melhor anjo e Ele deu a mim (VIVA!!!!!!).

Esse anjo tinha muitos propósitos, o primeiro era cuidar de mim nesta jornada, e os outros, inúmeros outros dariam uma tese, mas vou listar apenas alguns: ele me fez conhecer novas pessoas, me fez reconhecer que sou falível, me fez voltar ao ensino médio (fugindo quando não fazia o dever de casa); me fez ver no outro a potencialidade de cada um e aprender a humildade, o respeito, a dignidade, a perseverança e tantas outras coisas

E o melhor esse anjo tem um nome, Prof^a Maria Miriam Lima da Nóbrega, minha orientadora linda, amada, disputada, que tem a cabeça mais cheirosa do mundo, os olhos mais ternos, as broncas mais doces, os ensinamentos mais complexos, o ouvido mais apurado, a inteligência mais singular, a memória de 10Tb em seu HD cerebral (rsrsrsrsr), os dotes de informática imbatíveis e a convivência mais simples, é tão leve o estar contigo, que vai me trazer muita saudade.... os cafés não serão mais os mesmos(bem quentinho, hummm!!!); as bolachas secas, serão secas(antes eram deliciosas). E o almoço? (fugia para não fazer seu prato, ufa !!!! consegui) enfim, ela é mesmo linda, fofa e gostosa, adoro te abraçar, meu porto seguro, minha colega de trabalho.

A senhora foi uma das pessoas que mais me respeitou como aluna e como profissional, me sentia mal por não estar retribuindo todo esse apreço por mim, por isso dedico a ti todo o meu respeito e reverência. A senhora aceitou as minhas teimosias, as minhas brincadeiras, a minha sinceridade, os meus risos fora de hora, meu barulho, enfim, eu sou assim, espaçosa, inconveniente, engraçada e nunca fui repreendida por isso, então só tenho a agradecer ter convivido com uma pessoa tão simples.

Ninguém está entendendo nada, mas a senhora sei que está, e isso é o que importa.

Admiro-te demais, quando crescer quero ser igual a senhora; nunca conheci ninguém mais inteligente, humilde, cuidadosa, humana; uma pessoa ética, amiga, mãe

(pois é assim que trata seus orientandos, verdadeiramente como mãe) e que me fez conhecer que é possível amar alguém por dez anos sem nunca ter brigado (rsrsrsrs).

À ti minha orientadora tão especial, séria, íntegra, dedicada, organizada e zelosa, todo o meu agradecimento, admiração e respeito.

RESUMO

CARVALHO, M.W.A. **Validação do Subconjunto Terminológico CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica.** 2016. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: O Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, configura-se como uma tecnologia do cuidar, constituindo como um instrumento na prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada a pacientes com dor oncológica. **Objetivo:** Realizar a validação, de conteúdo e clínica, do Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, à luz do modelo de dor oncológica e da teoria do conforto. **Método:** Pesquisa tipo metodológica, realizada em 2 etapas nas quais foram utilizadas técnicas adequadas para a obtenção dos resultados e o alcance dos objetivos: 1) validação de conteúdo dos conceitos de diagnósticos/resultados constantes no Subconjunto terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica, e 2) validação clínica do referido subconjunto, por meio da realização de estudos de casos clínicos. **Resultados:** Foram elaboradas as definições operacionais para os 68 diagnósticos de enfermagem do subconjunto, avaliadas por experts, sendo todas consideradas validadas por obterem um IC superior a 80%. Os 68 conceitos de diagnósticos validados e suas respectivas intervenções de enfermagem distribuídas por aspecto/conforto da dor oncológica foram validadas por especialistas obtendo-se para o aspecto/conforto físico 23 (82,15%) diagnósticos de enfermagem e 77 (78,6%) intervenções de enfermagem validados; para o aspecto/conforto psicológico da dor oncológica 19 (65,5%) diagnósticos de enfermagem e 38 (64,4%) intervenções foram considerados validados; e para o aspecto/Conforto Sociocultural e Espiritual da Dor Oncológica 6 (54,5%) diagnósticos de enfermagem e 10 (40,0%) intervenções foram validados. A partir desses resultados o Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica foi estruturado incluindo, apresentação, significância para a Enfermagem, modelo teórico, e os conceitos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. A validação clínica foi realizada com 5 pacientes, assim caracterizados: um infectado em tratamento clínico, um em radioterapia, um em quimioterapia/radioterapia, um em tratamento cirúrgico/quimioterapia e um em cuidados paliativos. Foram identificados 25 diagnósticos nestes pacientes, correspondendo a 52% dos diagnósticos/resultados validados constantes no subconjunto. **Conclusão:** O estudo mostrou que a validação do Subconjunto

terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica e a utilização na prática dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem contidos no mesmo, proporciona meios para que os enfermeiros, que trabalham nesta área, possam oferecer aos pacientes uma assistência de boa qualidade.

Descritores: Enfermagem; Dor; Enfermagem Oncológica; Cuidados de conforto; Terminologia.

ABSTRACT

CARVALHO, M.W.A. **Validação do Subconjunto Terminológico CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica.** 2016. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: Terminology Subset of ICNP® for patients with cancer pain, is configured as a technology of care, constituting then as a tool in providing a systematic nursing care for patients with cancer pain, considering that the pain It is characterized as the main factor of suffering related to cancer and presents multidimensional and subjective characteristics, thus making it difficult to review. **Objective:** To perform the validation, content and clinical, the terminological Subset ICNP® for patients with cancer pain, in the light of the cancer pain model and the theory of comfort. **Method:** Research methodology kind held in two stages in which appropriate techniques were used to obtain the results and the achievement of objectives: 1) content validation of the concepts of diagnosis / constant results in terminological Subset of ICNP® for patients with cancer pain and 2) clinical validation of that subset, by carrying out clinical case studies. **Results:** We developed operational definitions for 68 nursing diagnoses subset evaluated by experts, and all considered validated by obtaining a higher IC 80%. 68 concepts of validated diagnostic and their nursing interventions distributed aspect/comfort of cancer pain were validated by experts getting to the appearance/physical comfort 23 (82.15%) of nursing diagnosis and 77 (78.6%) validated nursing interventions; for aspect/psychological comfort of cancer pain 19 (65.5%) nursing diagnosis and 38 (64.4%) interventions were considered validated; and the appearance/comfort sociocultural and spiritual cancer pain 6 (54.5%) nursing diagnoses e 10 (40.0%) interventions were validated. From these results the terminological subset ICNP® for patients with cancer pain was structured including presentation, significance for nursing, theoretical model, and concepts nursing diagnoses/outcomes and interventions. Clinical validation was performed on five patients, characterized as follows: an infected in clinical treatment, one in radiotherapy treatment, one in chemotherapy/radiotherapy, one in surgery/chemotherapy and a terminal. **Conclusion:** It is believed that the validation the terminology subset of ICNP® for patients with cancer pain and in practice the use of the concepts the nursing diagnoses/outcomes and interventions contained provides means for nurses who work in this area, can provide patients with quality care.

Keywords: Nursing; Pain; Oncology Nursing; Comfort care; Terminology.

RESUMEN

CARVALHO, M.W.A. **Validação do Subconjunto Terminológico CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica**. 2016. 205f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: Subconjunto Terminología de la CIPE® de pacientes con dolor por cáncer, se configura como una tecnología de la atención, que constituye entonces como una herramienta para proporcionar un cuidado de enfermería sistemática para los pacientes con dolor por cáncer, teniendo en cuenta que el dolor se caracteriza por ser el principal factor de sufrimiento relacionado con el cáncer y presenta características multidimensionales y subjetivas, por lo que es difícil de revisión. **Objetivo:** Para realizar la validación, el contenido y clínica, el Subconjunto terminológico de la CIPE® de pacientes con dolor por cáncer, a la luz del modelo de dolor por cáncer y la teoría de lo confort. **Método:** Metodología de la investigación que se celebra en dos etapas en el que se utilizaron las técnicas apropiadas para obtener los resultados y el logro de los objetivos de: 1) la validación del contenido de los conceptos de diagnóstico/resultados constantes en subconjuntos terminológico de la CIPE® para los pacientes con dolor oncológico y 2) la validación clínica de ese subconjunto, mediante la realización de estudios de casos clínicos. **Resultados:** Hemos desarrollado las definiciones operacionales de 68 diagnósticos de enfermería subconjunto evaluado por expertos, y todos ellos considerados validado mediante la obtención de un IC mayor 80%. 68 conceptos de diagnóstico validados y sus intervenciones de enfermería distribuidos aspecto/confort de dolor oncológico fueron validados por expertos para llegar a la aspecto/confort física 23 (82,15%) de los diagnósticos de enfermería y 77 (78,6% intervenciones de enfermería) validadas; de aspecto/confort psicológico del dolor por cáncer 19 (65,5%) el diagnóstico de enfermería y 38 (64,4%) intervenciones fueron considerados validado; y se validó el confort/socioculturales y espiritual dolor por cáncer 6 (54,5%) diagnósticos de enfermería e10 (40,0%) intervenciones. A partir de estos resultados, el subconjunto terminológico de la CIPE® de pacientes con dolor por cáncer se estructuró, incluyendo presentación, importancia para la enfermería, modelo teórico, y los conceptos diagnósticos/resultados y las intervenciones de enfermería. Validación clínica se realizó en 5 pacientes, que se caracteriza de la siguiente manera: un infectado en el tratamiento clínico, una en el tratamiento de radioterapia, una en la quimioterapia/radioterapia, una en la cirugía/quimioterapia y un terminal. **Conclusión:** Se cree que la subconjunto terminológico de la CIPE® de validación para los pacientes con dolor por cáncer y en la práctica el uso de los conceptos de los resultados del diagnóstico y las intervenciones de enfermería contenido en el mismo, proporciona medios para las enfermeras que trabajan en esta área, puede proporcionar a los pacientes una atención de calidad.

Palabras clave: Enfermería; dolor; Oncología Enfermería; Cuidado de confort; Terminología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escala Visual Analógica da Dor	35
Figura 2	Escala Numérica da Dor	35
Figura 3	Escala Multidimensional de Dor – EMADOR	37
Figura 4	Escada Analgésica da OMS	38
Figura 5	Modelo de Estruturação de Catálogos de acordo com o Ciclo da Terminologia CIPE®	44
Figura 6	Etapas metodológicas para o desenvolvimento subconjuntos terminológicos da CIPE®	47
Figura 7	Estrutura Conceitual da Teoria do Conforto	53
Figura 8	Estrutura Taxonômica da Teoria do Conforto	55
Figura 9	Modelo Conceitual da Dor Oncológica	58
Figura 10	Etapas metodológicas do estudo	64
Figura 11	Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	87
Figura 12	Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	90
Figura 13	Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	92
Figura 14	Consolidado da validação dos Diagnósticos/Resultados de enfermagem nos aspecto/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	94
Figura 15	Percentual dos Diagnósticos de Enfermagem para Dor oncológica validados e não validados. João Pessoa, 2016.	95
Figura 16	Intervenções de enfermagem do aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	100
Figura 17	Intervenções de enfermagem do aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	102
Figura 18	Intervenções de enfermagem para o aspecto/conforto sociocultural e	104

espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

- Figura 19** Percentual das Intervenções de enfermagem validadas nos 105
aspecto/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.
- Figura 20** Percentual das Intervenções de enfermagem validadas nos 105
aspectos/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.
- Figura 21** Interseção do Modelo de Dor Oncológica e da Teoria do Conforto o 110
Subconjunto terminológico da CIPE® para o paciente com dor
oncológica. João Pessoa, 2016.
- Figura 22** Mapa conceitual estruturado a partir do modelo teórico e dos 148
diagnósticos presentes nos estudos de casos 1, 2, 3, 4 e 5. João
Pessoa, 2016.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Intercessão entre o Modelo de Dor oncológica e a Teoria do Conforto de Kolcaba. João Pessoa, 2016.	60
Quadro 2	Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto Físico. João Pessoa, PB, 2016.	68
Quadro 3	Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto Psicológico. João Pessoa, PB, 2016.	69
Quadro 4	Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto sociocultural e espiritual. João Pessoa, PB, 2016.	71
Quadro 5	Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto Físico. João Pessoa, PB, 2016.	74
Quadro 6	Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto Psicológico. João Pessoa, PB, 2016.	77
Quadro 7	Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto sociocultural e espiritual. João Pessoa, PB, 2016.	80
Quadro 8	Exemplo de como avaliar corretamente as hipóteses. João Pessoa, 2016.	86
Quadro 9	Avaliação do aspecto/conforto Físico da dor oncológica segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2016.	89
Quadro 10	Avaliação do aspecto/conforto Psicológico da dor oncológica	91

segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem.
João Pessoa, 2016.

Quadro 11	Avaliação do aspecto/conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2016.	93
Quadro 12	Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto Físico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	112
Quadro 13	Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto Psicológico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	115
Quadro 14	Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto socioculturais e espirituais da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	118
Quadro 15	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Físico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	118
Quadro 16	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Psicológico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	121
Quadro 17	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Sociocultural e Espiritual da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.	122
Quadro 18	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 1, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.	129
Quadro 19	Planejamento da assistência de enfermagem do Caso 2, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.	133
Quadro 20	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.	137
Quadro 21	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções	141

de enfermagem. João Pessoa, 2016.

- Quadro 22** Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016. 145
- Quadro 23** Compilado das intervenções de enfermagem dos estudos de caso. João Pessoa, 2016. 149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	86
Tabela 2	Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016	89
Tabela 3	Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	92
Tabela 4	Validação da consistência interna dos itens dos conceitos de diagnósticos de enfermagem do instrumento. João Pessoa, 2016.	96
Tabela 5	Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	96
Tabela 6	Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	100
Tabela 7	Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/tipo de conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.	103
Tabela 8	Validação interna das intervenções de enfermagem contempladas no instrumento. João Pessoa, 2016.	106

LISTA DE SIGLAS

AINES – Anti-inflamatórios não esteróides

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE[®] - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IARC – Agência Internacional para Pesquisa em Câncer

IASP – Sociedade Internacional para o Estudo da Dor

ISNCC – Sociedade Internacional de Enfermeiros no Tratamento do Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SciELO – Scientific Electronic Library Online

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	24
1	INTRODUÇÃO	26
1.1	Objetivo	30
2	REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1	Dor	31
2.2	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®	39
2.2.1	Subconjunto Terminológico da CIPE®	43
3	REFERENCIAL TEÓRICO	50
3.1	Teoria do Conforto	50
3.2	Modelo Teórico do Estudo	57
4	MÉTODO	62
4.1	Tipo de Pesquisa	62
4.2	Aspectos Éticos da Pesquisa	62
4.3	Etapas da Pesquisa	63
5	Capítulo 1 – Validação de conteúdo dos enunciados do Subconjunto terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica	65
5.1	Mapeamento cruzado	66
5.1.1	Análise dos dados do mapeamento cruzado	67
5.2	Definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem	72
5.2.1	Análise dos dados da validação das definições operacionais	73
5.3	Construção dos itens	84
5.4	Análise semântica dos itens	81
5.4.1	Análise dos Dados da Validação semântica dos itens	82
5.5	Validação por enfermeiras atuantes na prática clínica	83

5.5.1	Análise dos dados da validação por enfermeiras atuantes na prática clínica	85
5.5.1.1	Análise dos Conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem	86
5.5.1.2	Análise das Intervenções de Enfermagem	96
5.6	Estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica	106
5.6.1	Apresentação	106
5.6.2	Significância para a Enfermagem	107
5.6.3	Modelo teórico do subconjunto	109
5.6.4	Conceitos de Diagnósticos/resultados e intervenções do Subconjunto terminológico	112
6	Capítulo 2 – Validação Clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica	123
6.1	Instrumento para a coleta de dados dos estudos de casos para a validação clínica do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica	124
6.2	Estudos de caso	127
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	161
	APÊNDICES	176
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) - (Juízes)	176
	Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) - Enfermeiro	179
	Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Especialista (no apêndice tá tudo como enfermeiro!)	182
	Apêndice D - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Paciente oncológico	184

Apêndice E - Instrumento de Validação das definições operacionais dos Enunciados de Diagnósticos de Enfermagem para Dor Oncológica	187
Apêndice F - Instrumento de Avaliação semântica dos enunciados de Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem para Dor Oncológica	188
Apêndice G - Instrumento de Validação dos Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor Oncológica	190
Apêndice H - Instrumento para aplicação do estudo de caso do Subconjunto Terminológico da CIPE® para dor oncológica	192
ANEXO	203
Anexo A – Certidão do Comitê de Ética	203

APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática deste estudo adveio de uma inquietação surgida ao longo de minha vida profissional.

Quando concluí a graduação em Enfermagem, em 1995 e optei por aprofundar os meus conhecimentos em oncologia, fato que me fez buscar o Programa de Residência em Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional do Câncer – INCA, na cidade do Rio de Janeiro, durante dois anos – 1996 - 1998; neste período tive a oportunidade de vivenciar diversos cenários do cuidado em oncologia, tanto clínico quanto cirúrgico, desde o ingresso do paciente no hospital até sua alta.

Ao retornar a João Pessoa, assumi, como enfermeira, o setor de quimioterapia do Hospital Napoleão Laureano, onde atuei por dez anos. Durante esse período, algo me chamava atenção, comecei a perceber que a maioria dos pacientes oncológicos relatava sentir dor em algum momento de sua história, uma dor aguda ou crônica, por vezes relacionada ao impacto do diagnóstico, aos procedimentos invasivos ocorridos no decorrer do estadiamento da doença, ao tratamento, aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento, a fatores psicológicos de perda, de incapacidade e de impotência, devido a um diagnóstico considerado por alguns como terrível, a fatores sociais, como afastamento dos familiares, dos amigos, do ambiente de trabalho, e a fatores religiosos, já que alguns consideravam o evento como um castigo, e que não se achavam merecedores de tamanho “estigma”.

Em minhas observações, fui compreendendo, também, que essa dor, muitas vezes, era subestimada e, como consequência, subtratada não somente pelos enfermeiros, mas também por outros profissionais da área de saúde que, em algum momento, participavam do cuidado e do tratamento desses pacientes. **Muitas** vezes, **percebi** que o quadro algico não era avaliado adequadamente, e quando a avaliação era feita, as informações não eram suficientes, o que resultava em uma dor persistente e difícil de ser controlada. Isso acarretava impacto na qualidade da vida dos pacientes e, às vezes, resultava em rejeição ao tratamento.

Sabe-se que a dor não deve ser tratada, apenas com medicamentos e que o entendimento acerca dos aspectos emocionais e sociais que permeiam o problema é

imprescindível na determinação da terapêutica, e também que a atuação direta do enfermeiro é um fator determinante na qualidade dessa assistência.

Senti-me então na responsabilidade de fazer algo que contribuísse para **melhorar a forma de** cuidar dessa clientela **suscitando o alívio da dor**. Surgiu então a ideia da construção de um instrumento que facilitasse a prática e a assistência a esta clientela.

Como esse processo seria feito ainda era um desafio, no entanto o grupo de pesquisa em Enfermagem GEPFAE possibilitou-me conhecer e utilizar uma terminologia de enfermagem que denominasse os elementos da prática profissional, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) a qual despertou o interesse de trabalhar na perspectiva da utilização de uma linguagem padronizada que descrevesse a prática de enfermagem com pacientes oncológicos, além disso, o Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE sugeria a construção de Catálogos CIPE® e incluía cuidados oncológicos e a dor entre as prioridades para construção dos mesmos.

No ano de 2007, ingressei no programa de pós-graduação em enfermagem em nível de mestrado, no qual foi desenvolvida a dissertação cujo objetivo foi apresentar uma proposta de um Catálogo CIPE® para Dor oncológica, com a finalidade de ser utilizado como um instrumento na prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada a pacientes com dor oncológica (CARVALHO, 2009).

Como resultados da dissertação, foram selecionados 84 indicadores empíricos relacionados à dor oncológica constantes no Eixo Foco da CIPE®, que culminaram com a construção de 156 enunciados de diagnóstico/resultados de enfermagem, estes foram mapeados com os conceitos de diagnóstico/resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. Constatou-se então que 117 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem eram constantes e 36 não constantes no referido sistema de classificação. Depois de feita uma revisão, foram retiradas as redundâncias e os diagnósticos reais positivos, o que resultou em 68 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram construídas 252 intervenções de enfermagem que passaram pelo mesmo processo de revisão, e retirada as repetições finalizando com 227 intervenções. Os diagnósticos/resultados e as intervenções de enfermagem foram distribuídos de acordo com o modelo teórico para o cuidado de enfermagem em dor oncológica desenvolvido pela pesquisadora (CARVALHO, 2009).

Esta tese é fruto da necessidade surgida de dar continuidade a minha dissertação de Mestrado defendida em 2009, com o propósito de validar o Catálogo CIPE® para dor oncológica, denominado, neste estudo, de *Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica*.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças diferentes que têm em comum o crescimento desordenado e rápido de células, que invadem tecidos e órgãos. Os tumores malignos podem ter início em diferentes tipos de células que tendem a ser muito agressivas e incontroláveis e podem se espalhar para outras regiões do corpo, formando as metástases. As causas de câncer são variadas, e podem ser externas ou internas ao organismo e estão inter-relacionadas. As causas externas vêm do meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade, e as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2014).

Embora seja conhecido há muitos séculos, o câncer, que era considerado uma doença de países desenvolvidos, nas últimas quatro décadas, vem mudando este perfil e hoje, muitos casos da doença, vêm sendo confirmados em países em desenvolvimento e principalmente naqueles com poucos e médios recursos (INCA, 2013).

Projeções baseadas nas estimativas do projeto da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) preveem um aumento de 19,3 milhões de novos casos de câncer por ano até 2025 (IARC, 2015). Em 2012, mais da metade de todos os cânceres (56,8%) e mortes por sua causa (64,9%) ocorreu em regiões do mundo menos desenvolvidas, e essas proporções aumentarão ainda mais em 2025 (OMS, 2013). Para 2030, estimam-se 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por essa doença. As principais causas desses números são o crescimento e o envelhecimento populacional, a redução na mortalidade infantil e a diminuição das mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (INCA, 2015).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2014, que também foram válidas para 2015, apontavam a ocorrência de, aproximadamente, 576.000 casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma, o que reforça a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 394.450 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago, para o sexo masculino, e os de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (INCA, 2014).

Para o biênio 2016-2017, no Brasil, estima-se que haverá cerca de 600 mil casos novos de câncer. Com exceção do câncer de pele não melanoma, que configura 180 mil

casos novos, haverá cerca de 420 mil casos novos de câncer. Esses dados se assemelham ao perfil epidemiológico da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil), em homens, e de mama (58 mil), em mulheres, serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes, em homens, serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais^(INCA, 2016).

Na Paraíba, a estimativa para 2014/2015 era de 3.650 casos novos de câncer, para o sexo masculino, e 3.970, para o sexo feminino, com um número de 780, para o sexo masculino, e 970, para o feminino, de casos novos na cidade de João Pessoa (INCA, 2014). Para o ano de 2016, presumem-se 4.110 casos novos no estado, para homens, e 790, na capital, para o mesmo sexo, já para mulheres, 4.140 novos casos, no estado, e 1.020, na capital. Portanto, um aumento na estimativa por base populacional. Corroborando a estimativa nacional, o câncer de próstata e o de mama feminino continuam sendo os mais frequentes (INCA, 2016). Com essa dimensão, o câncer se transformou em um grande problema de saúde pública mundial. Porém, se forem detectadas precocemente lesões pré-cancerígenas ou do câncer, quando ainda localizado no órgão de origem, as chances de cura ou de sobrevida, do prognóstico e da qualidade de vida do paciente aumentam consideravelmente. Essa é a melhor forma de mudar esse quadro (INCA, 2016).

No Brasil, como forma de intervenção, existe a Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer, contemplada na Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, em seu artigo 2º, cujo objetivo é de reduzir a mortalidade e a incapacidade que são causadas por essa doença, diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

O cuidado em saúde dispensado ao paciente com dor oncológica começa na fase de detecção precoce e é contemplado nessa política, que leva, em algum momento, o paciente a sentir um dos sintomas mais desagradáveis e mais desafiante, a dor, que começa desde o momento em que ele recebe o diagnóstico se apresentando como uma dor psicossocial, bem como quando da realização de exames invasivos necessários para o rastreamento, estadiamento e detecção das metástases e do tratamento, com a

infusão de medicamentos, cirurgias e radioterapia, quando se apresenta como uma dor física.

Outro ponto importante são os cuidados paliativos que, na verdade, contemplam uma mudança de foco do tratamento curativo, mas que nem por isso é menos valorizado. Segundo a OMS (2014), cuidados paliativos são abordagens que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento e da identificação precoce com avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A falta de cuidado com a dor fere, inclusive, os princípios bioéticos, como a autonomia, que é desrespeitada quando se negam informações sobre todo o tratamento para gerenciar a dor, bem como respeitar as decisões do paciente e sua recusa ao tratamento; a beneficência, que é negligenciada quando a gestão da dor não é vista como uma prioridade e o alívio não é adequado; a não maleficência, que é presenciada quando o tratamento é retido devido ao medo de que os efeitos colaterais prejudiquem o paciente, por não se compreender que a dor não controlada é mais nociva do que eles, o que pode causar danos leves (ansiedade) e graves (suicídio); e a violação do princípio de justiça, quando se faz distinção de tratamento baseado em sexo, idade, raça ou religião, a não ser que esses fatores apresentem influência sobre o tratamento (BERNHOFER, 2011).

Portanto, em se tratando de uma assistência de boa qualidade, em que se respeite o Código de Ética da profissão, é imprescindível a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, em conjunto com uma terminologia de Enfermagem que denomine os elementos da prática profissional. Neste estudo, foi adotada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), na perspectiva de empregar uma linguagem que descrevesse a prática de enfermagem com pacientes oncológicos e, conseqüentemente, a elaboração de um instrumento que facilitasse essa prática.

Na elaboração desse instrumento, o Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica foi utilizado como modelo teórico o Modelo de dor oncológica, descrevendo que a dor oncológica é classificada originalmente como FÍSICA e PSICOGÊNICA (CARVALHO, 2009). A primeira é relativa a danos

teciduais, isto é, nociceptiva, ou a danos neurológicos, a neuropática. A segunda é uma classificação adotada para dores que não apresentam causas orgânicas (FRUTUOSO; CRUZ, 2004). Neste estudo, foi estabelecido que a dor de origem não orgânica é aquela influenciada por vários aspectos, como o psicológico, os socioculturais e os espirituais. Para os aspectos físicos, foram identificados 28 diagnósticos/resultados de enfermagem e 120 intervenções de enfermagem; para a dor de origem psicogênica, 40 diagnósticos/resultados de enfermagem - 29 diagnósticos/resultados de enfermagem e 90 intervenções de enfermagem para os aspectos psicológicos; e 11 diagnósticos/resultados de enfermagem para os aspectos socioculturais e espirituais da dor oncológica e 42 intervenções de enfermagem. Deve-se considerar que esse número é um demonstrativo geral e que, entre ele, existem intervenções repetidas, isto é, que atendem a mais de um diagnóstico/resultados de enfermagem (CARVALHO, 2009).

O Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para Pacientes com Dor Oncológica, produto da minha pesquisa de Mestrado e objeto de estudo desta pesquisa, se configura como uma tecnologia do cuidar, constituindo-se então como um instrumento facilitador para a prática de enfermagem. A tecnologia do cuidar na Enfermagem apresenta-se como um artifício material, construído com respaldo científico, com vistas a melhorar situações de saúde, bem como provocar o conhecimento (AQUINO; MELO; LOPES; PINHEIRO, 2010). Este subconjunto tem características de uma tecnologia leve-dura caracterizada pelo ponto de interseção entre a dureza do saber ou processo estruturado e a leveza a qual o contato com o cliente exige (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Os enunciados desenvolvidos contemplam todos os aspectos, mas deve ficar claro que é um guia (dureza) que deve ser seguido pelos enfermeiros, não dispensando, portanto a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão (leveza).

Portanto, a tese que defendo é de que a validação do subconjunto terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica e a utilização na prática dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem contidos nele contribuirão para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem dispensado a essa clientela.

1.1 Objetivo

- Realizar a validação, de conteúdo e clínica, dos enunciados do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica, à luz do modelo de dor oncológica e da teoria do conforto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dor

A dor faz parte do ciclo de vida do indivíduo, tem função protetiva, já que é responsável por provocar sua defesa, e pode ser, ao mesmo tempo, causa de sofrimento tanto para a pessoa que a sente quanto para quem convive com ela (A.C. CAMARGO, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, até o ano de 2016 os estudos epidemiológicos existentes acerca da dor no país, não englobam todas as regiões, estes aconteceram em algumas cidades ou capitais, mas que possivelmente refletem esta problemática em nível nacional apesar das particularidades. De acordo com os dados brasileiros cerca de 30% da população se queixa ou sofre de dor, número semelhante ao de países com índice de Desenvolvimento Humano mais elevado. A diferença é que temos mais restrições econômicas, falta uma política de saúde pública direcionada para a dor e o Sistema Único de Saúde ainda não contempla claramente essa questão.

Afeta 60% a 80% dos pacientes com câncer, fazendo-se presente em 58% a 80% dos pacientes adultos portadores de câncer com graus que variam de moderados a intensos, estão presentes em 30% a 40% dos acometidos por doença em estágios intermediários, e 87% dos que estão em fases avançadas (A.C. CAMARGO, 2014). É o mais temido sintoma que um paciente com câncer pode experimentar, e se constitui como um fator determinante de sofrimento relacionado à doença mesmo quando comparado com a expectativa de morte. E apesar dos grandes avanços tecnológicos no controle do câncer, pouca atenção tem sido despendida ao tratamento da dor oncológica (RANGEL; TELES, 2012). A maioria das dores em pacientes com câncer resulta de uma a três causas principais: diretamente relacionada ao tumor, indiretamente relacionada ao tumor e relacionada à terapia antitumoral (CONSENSO, 2011).

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 2013). Esta sociedade foi criada por John Joseph Bonica em 1973, e é considerada a maior associação internacional multidisciplinar no campo da dor onde reúne cientistas, médicos, profissionais de saúde e formuladores de políticas para estimular e apoiar estudos sobre

dor com a finalidade de converter esse conhecimento em alívio. Esta é uma importante definição, pois fica claro que independente dos danos teciduais a dor pode ocorrer, não podendo ser separados de fatores psicológicos e das influências sociais, fatores que formam o núcleo do conceito biopsicológico da dor (KOPF; PATEL, 2010). Mostra, contudo o caráter subjetivo, deixando a cargo de quem a sente definir sua presença e sua intensidade.

Entende-se que a dor, por vezes, pode ser entendida como um sintoma, por seu caráter subjetivo caracterizado pela queixa do paciente, e como um sinal, quando um dano tecidual real e visível está associado, ou ainda como uma síndrome, quando os sinais e os sintomas se apresentam concomitantes, como nas síndromes dolorosas.

Desde 1996, que James Campbell então Presidente da Sociedade Americana de Dor, suscitou a necessidade de a dor ser reconhecida como o quinto sinal vital com o objetivo de elevar a percepção dos profissionais de saúde sobre o seu tratamento. Ele defende a premissa de que, se a dor fosse aliviada com o mesmo empenho que os outros sinais vitais, haveria mais chances de proporcionar o tratamento adequado (SERRANO, 2016).

Na CIPE[®] a dor se apresenta como Foco da prática e como Conceito diagnóstico. Como foco o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2013, p.30) a define como: “Percepção Prejudicada: Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite”.

Ainda como foco da prática, a CIPE[®] apresenta vários tipos de dor, como a dor artrítica, dor cutânea, dor de dilatação cervical, dor de falso trabalho de parto, dor de trabalho de parto, dor durante a micção (disúria), dor fantasma, dor isquêmica, dor muscular, dor musculoesquelética, dor na ferida, dor na segunda fase do trabalho de parto, dor neurogênica, dor óssea, dor por fratura, dor vascular, dor visceral, dor ausente e dor oncológica. Esta última é definida como: “Sensações simultâneas de dor aguda e crônica, de diferentes níveis de intensidade, associada à disseminação invasiva de células cancerosas no corpo; consequência do tratamento do câncer, incluindo quimioterapia, ou condições relacionadas ao câncer, tais como dor da ferida. A dor oncológica é normalmente descrita como imprecisa, ferindo, dolorosa, assustadora ou como sensação insuportável de dor, com episódios de sensações intensas de dor,

acompanhada por dificuldades para dormir, irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desesperança e desamparo” (CIE, 2013, p.31).

Como Conceitos diagnósticos, a CIPE[®] apresenta: Dor, Dor aguda, Dor fantasma, Dor ausente, Dor crônica, Dor melhorada; Falta de Conhecimento sobre Controle da Dor; Resposta Psicológica a Dor Positiva; Satisfação com o Controle da Dor; Conhecimento sobre controle da Dor; Controle da Dor; Controle da dor inadequado; Enfrentamento da Dor; Enfrentamento da dor inadequado.

A dor é um importante sinal que, primariamente, alerta o indivíduo de que ele precisa de assistência de saúde. Quanto ao seu caráter temporal, classifica-se como dor aguda e dor crônica. A **dor aguda** se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Geralmente desaparece quando a causa é diagnosticada e corretamente tratada. A **dor crônica** tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e, quase sempre, está associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também pode ser consequência de uma lesão já previamente tratada. Exemplo: dor do paciente com câncer (INCA, 2002).

De acordo com a origem neurofisiológica, a dor pode ser classificada em nociceptiva e neuropática. A **dor nociceptiva** é decorrente da ativação de nociceptores e divide-se em somática: dores ósseas, ulcerações de pele, linfadenopatias e visceral: dor por distensão de víscera oca, com características de cólicas e de difícil localização. A **dor neuropática** é decorrente de uma disfunção do sistema nervoso central ou periférico e é descrita como queimação, ardor e choques. Pode não estar associada a nenhuma lesão detectável. São exemplos às neuropatias periféricas pós-quimioterapia (INCA, 2002).

A dor se manifesta como uma experiência multidimensional, que afeta tanto o corpo quanto a mente e requer uma avaliação abrangente de aspectos físicos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011). Essa avaliação deve ser realizada de forma adequada e individualizada e as intervenções devem ter abordagens multidisciplinares, com o objetivo principal, que é o de aliviar a dor e consequentemente diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. É a equipe de enfermagem que passa mais tempo com o paciente, por isso, a avaliação da dor deve fazer parte de suas atividades para assegurar um cuidado humanizado e garantir um direito que é dos pacientes (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Quanto aos aspectos psicossociais, a dor sofre influência de fatores culturais e situacionais, da atenção, da motivação, da emoção e de outras variáveis psicológicas, além das externas. O relato do cliente é a maior fonte de informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor. Este o torna um instrumento de mensuração, tanto no ambiente clínico quanto no de pesquisa, e aquela é complementada pela avaliação física. Sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada ou subestimada, o que pode acarretar manipulação inadequada e prejudicar a qualidade de vida do cliente (SOUSA et al., 2010).

O controle da dor em pacientes com câncer merece prioridade, pois, nessa doença, a dor é um sintoma comum, e se não for controlada, causa sofrimento e reduz a qualidade de vida. Os pacientes, muitas vezes, temem mais o sintoma de dor do que o câncer. No entanto, muito desse sofrimento é desnecessário, uma vez que até 90% dessa dor podem ser eficazmente controlados (ISNCC, 2013).

Rangel e Teles (2012) atribuem as falhas no tratamento da dor a algumas barreiras, que podem estar relacionadas ao paciente, como a crença de que ela indica progressão da doença, medo dos efeitos colaterais e dependência química; aos profissionais, como falhas na avaliação e falta de conhecimento sobre o tratamento e no uso de opioides, com mitos acerca de vício e tolerância, e às barreiras relacionadas ao sistema de saúde, como falta de serviços de tratamento da dor e de distribuição gratuita de medicação a pacientes ambulatoriais.

Apesar dos recentes avanços na forma de compreender a dor do câncer, esses obstáculos continuam a inibir tentativas de melhorar a gestão da dor oncológica. O tratamento da dor do câncer é mais influenciado ainda pela baixa prioridade dada ao conforto e ao controle dos sintomas. O foco na cura, muitas vezes, reduz os recursos disponíveis para o tratamento de sintomas e de consulta para cuidados de suporte. Deixar de considerar o conceito de “dor total” resultou em necessidades não atendidas de pacientes com câncer que sofrem com a dor sem alívio. Então, é preciso, urgentemente, definir a responsabilidade da gestão da dor nos sistemas de saúde (ISNCC, 2013).

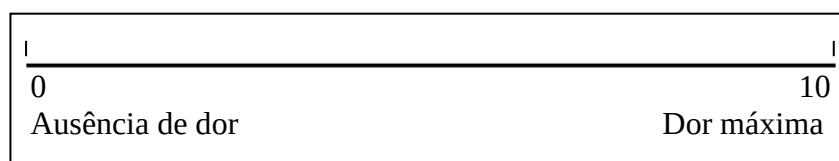
As consequências da dor do câncer não assistida são devastadoras, podendo incluir comprometimento funcional, imobilidade, isolamento social e estresse emocional e espiritual. Em alguns casos, a dor oncológica não controlada pode levar à interrupção da terapia potencialmente curativa, e isso causa um impacto negativo na sobrevida do paciente. Pacientes com câncer expressam maior medo de morrer de dor

(ou seja, o sofrimento) do que de morrer. Familiares e amigos também sofrem como eles, porque testemunham a dor e a angústia experimentada por um ente querido com câncer (KOPF, PATEL, 2010).

Existe, atualmente, uma gama de estratégias por meio das quais é possível avaliar a dor, as quais podem dar informações qualitativas e quantitativas sobre ela. Devido a sua característica subjetiva e por ser uma experiência tão complexa e pessoal, não se pode mensurá-la com instrumentos físicos, e embora ainda não exista um instrumento padrão para mensurar essa experiência tão complexa e pessoal, estão disponíveis algumas escalas com as quais se pode fazer essa avaliação (BOTEGA; FONTANA, 2010).

Para intervir adequadamente no tratamento da dor oncológica, é imprescindível uma boa avaliação, e o uso de escalas é uma ferramenta que se deve utilizar de maneira racional e rotineira. Seguem alguns exemplos de escalas:

Figura 1- Escala visual analógica da Dor.



Fonte: CARVALHO, 2016.

A Escala Visual Analógica é uma linha horizontal com 10 centímetros de comprimento, que tem, em uma extremidade, a classificação Sem Dor e, na outra, ‘Dor máxima’. O paciente faz uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, na altura que representa a intensidade da dor. Posteriormente, mede-se, em centímetros, a distância entre o início da linha, correspondente a zero, e o local assinalado. Assim, obtém-se uma classificação numérica que será registrada no prontuário (CARVALHO, 2016).

Figura 2 - Escala numérica da Dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor que você pode imaginar					

Fonte – NCCN guidelines (version 2 – 2016)

A escala numérica é uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Essa régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical, e o doente faz a equivalência entre a intensidade da dor que sente e a classificação numérica. (DGS, 2011). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registro.

A **Escala Multidimensional de Dor - EMADOR**, contempla os vários aspectos a serem avaliados (SOUSA et al., 2010). Como descrito na figura 3, nesse modelo de avaliação, o profissional solicita ao paciente que julgue a intensidade de sua dor de acordo com a escala numérica e, posteriormente, marca no gráfico o valor de acordo com o horário. O paciente deverá assinalar um ou mais descritores que caracterizem sua dor. Em seguida, o profissional deverá marcar com um X, no gráfico, o(s) descritor(es) escolhido(s) de acordo com o horário. Esse espaço deverá ser preenchido após a caracterização da dor como aguda ou crônica. Depois, o profissional solicita a identificação da localização da dor do paciente, situa a(s) área(s), de acordo com a figura do instrumento, e registra no gráfico conforme o(s) número(s) correspondente(s) no corpo humano, seguindo o(s) horário(s) da(s) dor(es) percebida(s) (SOUSA et al., 2010).

Figura 3 - Escala Multidimensional de Dor – EMADOR.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DE DOR (EMADOR)
(Faleiros Sousa e col.)

Instruções

1-O profissional solicitará ao cliente que julgue a intensidade de dor utilizando os valores de 0 a 10 na escala abaixo, na qual 0 indica "sem dor", 10 "dor máxima" e os outros escores, de 2 a 9, deverão ser utilizados para indicar níveis intermediários de dor sentida. Posteriormente, marcar no gráfico o valor atribuído de acordo com o horário.

2-O cliente também deverá assinalar um ou mais descritores que caracteriza a dor percebida. Posteriormente, o profissional deverá marcar com "x" no gráfico o(s) descritor(es) escolhido(s) de acordo com o horário. Este espaço deverá ser preenchido após a dor percebida ser caracterizada como aguda ou crônica, conforme descritores e respectivas definições.

3-O profissional solicitará ao cliente a localização da dor percebida. Após visualizar a figura desse instrumento, o profissional deverá situar a(s) área(s) pertinente(s) e registrar no gráfico conforme o(s) número(s) correspondente(s) no corpo humano, seguindo o horário da(s) dor(es) percebidas.

ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

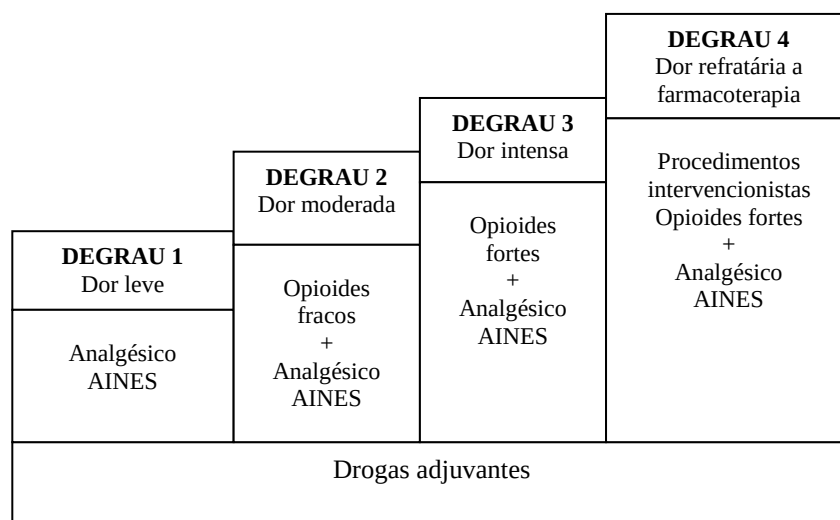
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assinale se a dor percebida é crônica ou aguda

() Dor aguda 1)Terrível 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2.Extraordinária; estranha. 3.Muito grande; enorme. 4.Muito ruim; péssima. 2)Insuportável 1. Não suportável; intolerável. 2.Incômoda; molesta. 3)Enlouquecedora 1.Que endoidece; que torna louca; que faz perder a razão. 4)Profunda 1.Que tem extensão, considerada desde a entrada até o extremo oposto. 2.Muito marcada. 3.Que penetra muito; dor profunda. 4.Enorme; desmedida; excessiva; demasiada. 5.De grande alcance; muito importante. 5)Tremenda 1. Terrível, fora do comum, extraordinária. 6)Desesperadora 1.Que desespera; que faz desesperar; desesperativa; desesperante. 2.Aquela que faz desesperar. 7)Intensa 1. Forte, impetuosa. 2.Dura, árdua, penosa. 3.Violenta, rude, excessiva. 8)Fulminante 1. Que fulmina; despede raios; fulminadora. 2. Que assombra. 3.Cruel; terrível; atroz. 9)Aniquiladora 1.Que reduz a nada; que nulifica; anula. 2.Que destrói; mata; extermina. 10)Monstruosa 1.Enorme; extraordinária.	() Dor crônica 1)Deprimente 1.Que deprime; depressiva; depressora. 2)Persistente 1.Que é constante; que continua, prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera. 3)Angustiante 1.Que angustia; angustiosa. 4)Desastrosa 1.Em que há ou que produz acontecimento calamitoso; especialmente o que ocorre de súbito, ocasionando grande dano ou prejuízo. 5)Prejudicial 1.Que prejudica; nociva; lesiva. 6)Dolorosa 1.Que produz dor; dolorífica; dorida. 7)Insuportável 1.Não suportável; intolerável. 2.Incômoda; molesta. 8)Assustadora 1.Que assusta; assustosa. 9)Cruel 1.Dura; insensível; cruenta. 10)Desconfortável 1.Não confortável; inconfortável.
--	--

Fonte: SOUSA et al., 2010.

O tratamento da dor oncológica segue os padrões determinados pela Organização Mundial de Saúde e as diretrizes da escada analgésica apresentada a seguir. O primeiro degrau representa o tratamento de dor leve, para a qual são administrados analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides; no segundo degrau, dor moderada, a conduta é um opioide fraco mais analgésico e anti-inflamatório não esteroide; no terceiro degrau, troca-se o opioide fraco por um forte; no quarto, acrescentam-se medidas intervencionistas, como por exemplo, radioterapia e laminectomia.

Figura 4- Escada analgésica da OMS

Fonte: OMS (2012)

Outra recomendação é de que princípios básicos devem ser seguidos para a administração medicamentosa: pela boca, pelo relógio, pela escada, para o indivíduo, uso de adjuvantes e ter atenção aos detalhes. A Sociedade Internacional de Enfermeiros no tratamento do câncer (ISNCC, 2013) se empenha em divulgar estratégias que promovam e assegurem o acesso a medicamentos analgésicos e outras medidas eficazes para melhorar o controle da dor oncológica.

Para esta sociedade o tratamento da dor do câncer é fundamental para a prática de enfermeiros oncológicos, que estão em uma posição importante no contexto hospitalar e podem reduzir sua intensidade, mesmo na ausência de terapias básicas de medicamentos para seu alívio, com o uso de medidas complementares como calor, frio e outras terapias complementares de acordo com as políticas locais, regionais e nacionais que regem a prática de enfermagem. O aconselhamento espiritual e discussão sobre o seu significado, podem levar pacientes e famílias a terem sensação de desamparo e de isolamento.

Enfermeiros devem se manter atualizados quanto aos avanços no tratamento da dor do câncer e estarem bem preparados para usar as diretrizes indicadas e as recomendações na administração de medicamentos e gerenciamento de efeitos colaterais, visando equilibrar o alívio da dor e minimizar os efeitos colaterais.

A ISNCC (2013) recomenda que os enfermeiros sejam responsáveis por dar o melhor de sua capacidade para aliviar a dor dos pacientes com câncer. E como recebem educação sobre o manejo da dor do câncer, devem desempenhar um papel de liderança

para identificar e avaliação a dor, assim como planejar, implementar, coordenar e avaliar a gestão interdisciplinar.

Estes profissionais devem trabalhar para reduzir ou minimizar as barreiras do sistema de cuidados de saúde, a fim de gerir eficazmente a dor e agir como defensores fortes com os pacientes e familiares para relatar o inadequado alívio da dor, pois têm a responsabilidade ética de encorajá-los a denunciar.

Quanto a políticas públicas, precisam defender a mudança de legislações restritivas que impedem o acesso a uma analgesia adequada assumindo a responsabilidade principal para o público, o paciente, a família e o profissional; trabalhar para desenvolver e implementar políticas institucionais para o efetivo tratamento da dor do câncer através da colaboração com outros profissionais de saúde, influenciando as políticas nacionais e internacionais na área de alocação de recursos para o tratamento da dor, por meio de comunicação hábil com políticos e gestores e por fim, fazer pesquisas sobre a dor do câncer, independentes e colaborativas e aplicar os resultados na educação e na prática.

O enfermeiro é o responsável direto pelo cuidado com o paciente, por isso suas ações devem ser planejadas e organizadas. Nesse sentido, o alívio da dor em busca do conforto é um dos principais objetivos do cuidado com o paciente oncológico.

2.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®

Ao longo da história, algumas líderes importantes da Enfermagem, como Florence Nightingale, em 1859, Isabell Hampton Robb, em 1909, Norma Lang e June Clark, em 1992, reconheceram que, para se reconhecer completamente a abrangência e a diversidade de domínio da profissão, é essencial uma articulação da prática de enfermagem (CIE, 2011). A partir de 1989 foi aprovada pelo CIE (Conselho Internacional de Enfermeiros) uma resolução que previa uma classificação para a prática de enfermagem e o estabelecimento de critérios para esta classificação que são relevantes até os dias atuais. Esta classificação foi desenvolvida a partir de 1990 com a realização de pesquisa junto às Associações membros do CIE para a identificação de sistemas de classificação já desenvolvidos e utilizados pela Enfermagem mundial (CIE, 2011).

Assim, decidiu-se que este sistema de classificação, denominado de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®] teria que ser: ampla o suficiente para servir a múltiplos propósitos requeridos pelos diferentes países; simples o suficiente para ser vista por um praticante comum da Enfermagem como um significativo recurso para descrever a prática e um meio útil para a prática estruturada; consistente com estrutura de conceitos definidos claramente, mas não dependente de uma determinada estrutura teórica ou modelo de enfermagem; baseada em um núcleo central, no qual adições podem ser feitas por meio de um processo contínuo de desenvolvimento e refinamento; suscetível à variedade cultural; reflexo de um sistema de valor comum de enfermagem por meio do mundo, como explicitado no Código CIE para Enfermeiros; usável de forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvida na OMS, cujo foco central é Classificação Internacional de Doenças (CID) (CIE, 2011).

Esta classificação vem sendo desenvolvida há mais de vinte e cinco anos e, durante este período, foram divulgadas várias versões. Em 1993 surgiu a primeira versão *draft* (rascunho) que contribuiu para a publicação da CIPE[®] versão Alfa em dezembro de 1996, e que era composta de duas classificações: uma de Fenômenos de Enfermagem e outra de Intervenções de Enfermagem. A Classificação dos Fenômenos de Enfermagem foram organizados de forma hierárquica que incluíam o ser humano (funções e pessoas) e o ambiente (humano e natureza) (CIE, 2011) e era formada por um modelo monoaxial composto de um índice de 293 termos e suas respectivas definições (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010). A Classificação das Intervenções de Enfermagem era organizada em eixos multiaxiais: Ação, Objeto, Abordagem, Meio, Local do Corpo e Tempo/Lugar (CIE, 2011).

As versões Beta e Beta 2 foram apresentadas em 1999 e 2001, respectivamente, com a proposta de dois modelos multiaxiais, um para fenômenos de enfermagem e outro para ações de enfermagem, ambos com oito eixos. Na versão Beta 2, foram desenvolvidas as definições dos diagnósticos de enfermagem, resultados e ações. Foi no desenvolvimento dessas versões que houve a transição do nome “fenômeno” para “diagnóstico” e “ação” para “intervenção”.

A CIPE[®] Versão 1.0 apresenta uma estrutura de classificação formada de sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos, que deve facilitar ao usuário o acesso às definições e aos conceitos da CIPE[®], por meio dos quais poderão ser construídos tanto os diagnósticos quanto os resultados e as intervenções de enfermagem. Essa versão

apresenta, explicitamente, algumas vantagens determinadas por sua nova estruturação, que é extremamente simplificada e resolve alguns problemas das outras versões, como a redundância de termos e as ambiguidades, que eram inerentes à estrutura da versão Beta 2. Além desses benefícios, a CIPE® Versão 1.0 foi desenvolvida usando a representação de linguagem como regra de modelagem formal (*Web Ontology Language* - OWL), que permitia que o raciocínio automatizado fosse aplicado à terminologia, para garantir consistência e acurácia dos conceitos. Por meio dela, pode-se fazer o mapeamento cruzado de termos locais e das terminologias existentes, por ser um sistema de linguagem de enfermagem unificado e uma terminologia composicional e, conseqüentemente, a construção de Catálogos CIPE®, entendido como um grupo significativo ou subconjunto de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática de enfermagem (ICN, 2009).

Para elaborar os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, seguem-se as diretrizes das normas ISO 18.104:2014, a qual orienta que o diagnóstico de enfermagem deve ser expresso tanto pelo julgamento feito em determinado foco do cuidado quanto por um achado clínico que represente o estado alterado. Um descritor para foco e um descritor para julgamento são mandatórios para se definir um diagnóstico de enfermagem. Em algumas instâncias especiais, um descritor único (por exemplo, dor) pode servir para o papel de ambos - foco e julgamento. Para o achado clínico, devem-se seguir as expressões presentes na Norma ISO/TS 22789:2010. Além dessas duas possibilidades, um diagnóstico também pode estar associado a um potencial, indicando risco ou chance de ocorrência. Para as intervenções, é necessário um processo por meio do qual uma atitude intencional é aplicada a um cliente recebedor de cuidados.

A CIPE® segue estas normas e determina que para a elaboração de enunciados de diagnósticos/resultados é obrigatório um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento, e para as intervenções de enfermagem, um termo do eixo ação e um termo alvo.

A CIPE® Versão 1.1 foi publicada em 2008 e, além de 376 novos conceitos, de um navegador mais fácil, veio nela o primeiro catálogo da CIPE®. Em 2009 surgiu a última versão impressa pelo CIE a CIPE® 2, que apresenta 552 conceitos pré-combinados de diagnósticos de enfermagem, 281 conceitos pré-combinados de intervenções de enfermagem e 2009 conceitos primitivos do modelo sete eixos da CIPE® (NÓBREGA, 2012).

A partir desta versão a CIPE[®] passa a ser considerada uma terminologia combinatória e enumerativa para a prática de enfermagem, pois facilita o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulários existentes. Para o CIE (ICN, 2009; CIE, 2011), a CIPE[®] constitui um instrumento de informação, para descrever a prática de enfermagem e prover dados, que representem essa prática, nos sistemas de informação em saúde, que podem ser usados para tornarem a prática de enfermagem visível e para descrever e integrar a Enfermagem na pesquisa, na educação, na administração, na gestão e no desenvolvimento de políticas dos cuidados de saúde. É padronizada e pode gerar dados válidos e confiáveis sobre o trabalho de enfermagem e os resultados do cuidado podem ser examinados em relação aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem, de modo que os enfermeiros façam diferença e que ela possa ser quantitativamente avaliada e comparada mundialmente entre pontos de cuidado.

Em 2008, a CIPE[®] foi reconhecida como parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), que abrange, entre outras a Classificação Internacional de Doenças (CID), terminologia difundida, consagrada e utilizada pelos médicos (CUBAS et al., 2010). Desde então, internacionalmente, a CIPE[®] passou a ser considerada fundamental para o uso de sistemas de classificação em enfermagem na estruturação e evolução do cuidado (ICN, 2011).

No Colóquio dos Centros CIPE[®], realizado em 2011 durante a Conferência Quadrienal do CIE, na Ilha de Malta, foi lançada a CIPE[®] 2011 que foi considerada um Sistema Unificado da Linguagem de Enfermagem usado para representar: Diagnósticos de enfermagem, Resultados de enfermagem e Intervenções de enfermagem. Nesta versão constam 3.290 termos, sendo 2.136 conceitos primitivos, 669 conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados de enfermagem, 485 conceitos pré-combinados de intervenções de enfermagem, 485 novos termos e dois conceitos foram retirados (NÓBREGA, 2012). Encontra-se no site <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-translations/> no formato PDF.

A CIPE[®] 2013 foi publicada com um total de 3.894 conceitos, sendo 783 conceitos pré-coordenados de diagnósticos/resultados de enfermagem, 809 conceitos pré-coordenados de intervenções de enfermagem e 2.302 conceitos primitivos, que estão distribuídos nos eixos do Modelo de Sete Eixos (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Em 2015, foi publicada a CIPE[®] versão 2015, contendo 4.212 termos, sendo 2.378 termos dos sete eixos, 805 conceitos diagnósticos, 1.019 conceitos de intervenção

e pela primeira vez apresenta separadamente dez conceitos de resultados de enfermagem (GARCIA, 2016).

Por ter uma evolução dinâmica, a CIPE[®] é um processo, e não, um fim. Pesquisadores do mundo inteiro se empenham em desenvolver estudos que acrescentem dados úteis ao processo de revisão de versões anteriores, bem com a sua evolução e a construção de Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®].

2.2.1 Subconjunto Terminológico da CIPE[®]

A CIPE[®] é uma classificação muito complexa e ampla, cujo formato inclui milhares de termos primitivos, definições e conceitos pré-coordenados. Com o propósito de facilitar seu uso, o CIE estimula o desenvolvimento de catálogos, que são subconjuntos da CIPE[®] que contêm conceitos pré-coordenados de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para um grupo de clientes selecionados ou prioridade de saúde (ICN, 2009). A expectativa é de que os Catálogos CIPE[®] contribuam, em âmbito mundial, para a documentação sistemática da prática de enfermagem, originando conjuntos de dados que possam ser usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e as políticas de saúde (ICN, 2009).

Um método para o desenvolvimento de Catálogos CIPE[®] foi apresentado pelo CIE, em 2007, contendo dez passos: 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, para identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] para compor as enunciados de resultados e intervenções de enfermagem; 5) identificar enunciados adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar os enunciados do Catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar os enunciados do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para elaborar a cópia final do Catálogo; e 10) auxiliar o CIE a disseminar o Catálogo (BARTZ et al., 2009).

Figura 5 – Modelo da estruturação de Catálogos de acordo com o ciclo de vida da terminologia CIPE®.



Fonte: COENEN; KIM, 2010.

Outro processo de desenvolvimento para Catálogo ou subconjuntos terminológicos da CIPE® foi divulgado em 2010, contendo seis passos, relacionados às principais áreas de trabalho do Ciclo de vida da Terminologia CIPE® (Figura 1): 1) identificação da clientela; 2) coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade de saúde; 3) mapeamento dos conceitos identificados com a CIPE®; 4) estruturação de novos conceitos; 5) finalização do catálogo; e 6) divulgação do catálogo (COENEN; KIM, 2010). Além dessas propostas o CIE solicitou aos pesquisadores que produzissem outras metodologias para o desenvolvimento de Catálogos CIPE®.

O CIE inclui cuidados oncológicos e a dor entre as prioridades para construção de Catálogos CIPE®, os quais são definidos como subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para um grupo selecionado de clientes ou prioridade de saúde.

Vários subconjuntos foram publicados no mundo como o Catálogo CIPE® para Estabelecer parceria com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento, primeiro catálogo traduzido, desenvolvido (ICN, 2008b); o Catálogo CIPE® para Cuidados paliativos para uma morte digna, desenvolvido na Etiópia, na Índia, no Quênia e nos EUA (ICN, 2009); Catálogo CIPE® de Indicadores de Resultados de Enfermagem, no Canadá (ICN, 2011a); Catálogo CIPE® para Enfermagem

Comunitária, na Escócia (ICN, 2011b); Catálogo CIPE® para Dor Pediátrica, nos Estados Unidos (ICN, 2012a); o Catálogo CIPE® para Cuidados de Enfermagem para Crianças com HIV e AIDS, nos Estados Unidos (ICN, 2012b); Catálogo CIPE® para SNOMED CT Equivalência da Tabela de Diagnósticos e Demonstração de Resultados, nos Estados Unidos (ICN, 2013b) e Canadian Health Outcomes for Better Information and Care, no Canadá (C-HOBIC, 2015).

Outros subconjuntos estão em processo de desenvolvimento como o de Enfermagem em desastre na Austrália; Reabilitação, Cuidados Críticos usando PDA, no Brasil; Processo Familiar, no Chile; Aderência ao tratamento de Hipertensão, Risco de Câncer de Mama, no México; Demência na Assistência Comunitária, Noruega; Fertilidade Familiar e Maternidade, Depressão, Dependência Química e Saúde Mental, em Portugal; Enfermagem Comunitária na Escócia, Escócia; Manejo da Dor Pediátrica, Crianças com HIV/AIDS em países em desenvolvimento, nos Estados Unidos da América (NOGUEIRA, 2014).

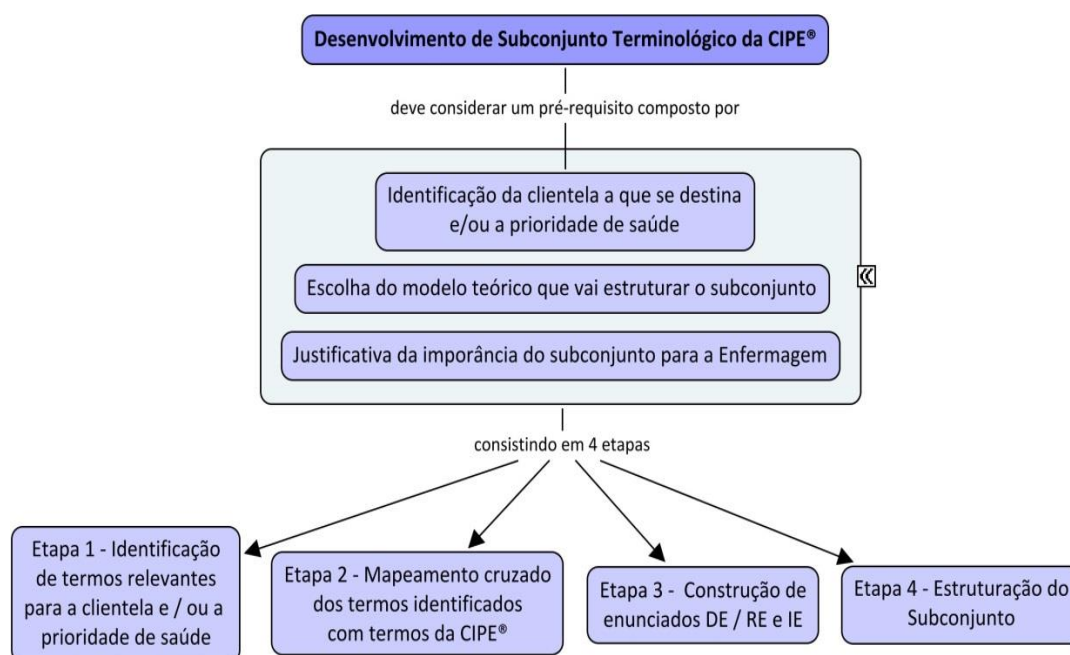
Na Paraíba, existe o Centro CIPE® PPGENF-UFPB, que tem como um dos propósitos na área de pesquisa o desenvolvimento de Subconjuntos terminológicos bem como seu processo de validação. Desta forma, já foram desenvolvidos um total de seis subconjuntos, os primeiros foram desenvolvidos em 2009 e contemplam pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ARAÚJO, 2009) e Pacientes com Dor Oncológica (CARVALHO, 2009), este último encontra-se em processo de validação neste estudo. Já foram desenvolvidos também: Diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem para a Pessoa Idosa: Proposta de Subconjunto terminológico, em 2011 (MEDEIROS, 2011), Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para Hipertensos na Atenção Básica, em 2012 (NÓBREGA, 2012); Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para Clientes Submetidos à Prostatectomia, 2013 (NASCIMENTO, 2013); Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada, 2014 (NOGUEIRA, 2014); Diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem para a Pessoa Idosa institucionalizada, em 2014 (OLIVEIRA, 2014); Validação de Subconjunto terminológico da CIPE® para a Pessoa Idosa, em 2015 (MEDEIROS, 2015).

As pesquisas do Centro CIPE® PPGENF-UFPB contam com parcerias internas e externas, em outros estados, como a contribuição no desenvolvimento de dois estudos sobre a temática na Escola de Enfermagem da USP: o Subconjunto para o

acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade (BUCHHORN, 2014) e a Construção de um Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica (ALBUQUERQUE, 2014); um, na Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Enfermagem em Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade: Subconjunto Terminológico CIPE[®] (SILVA, 2014); dois, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), sobre idosos na Atenção Primária (CLARES, 2014); um, para idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores (QUEIROZ, 2014), e um na Universidade Regional do Cariri (URCA) (FÉLIX, 2016) para pessoas com síndrome metabólica. Esse material está sempre acessível a quem se interesse, pois a principal finalidade é de transformar a CIPE[®] em um instrumento tecnológico útil para a prática do cuidado em Enfermagem.

Tendo em vista as dificuldades metodológicas no desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®] no Brasil, pesquisadores que vêm trabalhando com a referida temática e vinculados ao Centro CIPE[®]/PPGENF/UFPB, desenvolveram um método para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®], constituído por pré-requisitos e quatro etapas (Figura 6) (NÓBREGA et al., 2015).

Figura 6 - Etapas metodológicas para o desenvolvimento subconjuntos terminológicos da CIPE®.



Fonte: NÓBREGA et al., 2015.

Consideram-se como pré-requisitos a identificação da clientela a que se destina e/ou a prioridade de saúde, a escolha do modelo teórico que vai estruturar o subconjunto e a justificativa da sua importância para a Enfermagem.

Como etapas: 1) Identificação de termos relevantes para a clientela e/ou a prioridade de saúde, que pode ser desenvolvida utilizando-se como bases empíricas os prontuários de pacientes, a literatura e/ou documentos oficiais da área, as outras bases de dados e a própria CIPE®.

2) Mapeamento cruzado dos termos identificados com termos da CIPE®, que significa a ligação dos termos identificados nos registros de enfermagem dos prontuários de pacientes, ou na literatura e/ou documentos oficiais da área, ou nas bases de dados, com os termos contidos na CIPE®.

3) Construção dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem, que deve utilizar como bases empíricas: o banco de termos gerado na segunda etapa, contendo os termos constantes e os não constantes na CIPE®; o Modelo de 7-Eixos da CIPE®; a norma ISO 18.104: Integração de um modelo de terminologia

de referência para a Enfermagem; e o modelo teórico que será utilizado no desenvolvimento do subconjunto terminológico.

4) Estruturação do subconjunto terminológico da CIPE[®], que deve seguir as orientações do CIE para sua composição estrutural (dispostas no *guideline*), o modelo teórico do estudo para a organização dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem; e o papel da Enfermagem na sua utilização na prática clínica, incluindo na apresentação final os seguintes componentes: mensagem aos leitores; importância para a Enfermagem; inserção da Enfermagem no Modelo teórico do estudo; lista de enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem, dispostos de acordo com o modelo teórico do estudo; tutorial de utilização do Subconjunto Terminológico; instrumento de aplicação para estudos clínicos utilizados para validação do Subconjunto; e referências ou bibliografia recomendada (NÓBREGA et al., 2015).

Não foi identificada na literatura que trata da área proposta metodológica para validar ou avaliar os subconjuntos terminológicos da CIPE[®], publicada pelo CIE ou por outros autores. A validação de subconjuntos terminológicos da CIPE[®] é uma etapa decisiva, para que possam ser analisadas a efetividade e a operacionalidade dessa ferramenta na prática clínica de enfermagem. Dessa forma, o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba está se dedicando à validação de dois subconjuntos terminológicos: o para a pessoa idosa (MEDEIROS, 2015) e o de dor oncológica. O subconjunto para a pessoa idosa foi desenvolvido levando em consideração as orientações metodológicas do CIE, por meio de **estudo de casos clínicos** para avaliar a operacionalização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nas populações específicas no âmbito da prática clínica da Enfermagem, mas levando em consideração as reflexões sobre a validação de subconjuntos e a proposta de método apresentada por Nóbrega et al. (2015).

Reconhecendo e concordando o quanto é complexa a validação de subconjuntos terminológicos, neste estudo, foi proposto outro método, por se acreditar que será de importância para a área da Enfermagem a realização das etapas de validação para cada fase do percurso metodológico, desde a construção do instrumento de medida, entendendo o subconjunto como uma tecnologia do cuidado, até a operacionalização dessa tecnologia do cuidar, que conduz à validação clínica por meio da execução de

estudos de casos, porque essa técnica é a melhor para se obter a significância clínica do subconjunto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria do Conforto

Para subsidiar teoricamente este estudo, foi escolhida a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, por apresentar variáveis compatíveis com a visão holística de dor que temos como pesquisadora.

Na busca por uma fundamentação teórica consistente, procedeu-se a uma revisão integrativa da produção científica sobre Enfermagem no Brasil, no que diz respeito ao conforto, objetivando responder ao seguinte questionamento: O que a Enfermagem vem pesquisando e publicando acerca do conforto no Brasil? Foi feita uma extensa investigação da produção científica sobre a temática em pauta em base de dados nacionais. Esta busca se deu em outubro de 2014, inicialmente, para fazer esse levantamento, recorreu-se ao site de pesquisa da *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, já que a intenção era de pesquisar publicações nacionais. Para proceder à busca, foi utilizada a palavra “conforto”, embora esse termo não apareça como descritor no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, em que, para esse tema, aparece ‘cuidados de conforto’. A demanda geral resultou em 564 artigos para serem avaliados. Foram utilizados alguns filtros para refinar o resultado, como: idioma português, área temática de Enfermagem e ano de publicação entre 2005 e 2014, o que resultou em um total de 64 publicações. Depois desse procedimento, as referidas publicações foram analisadas. Como critérios de inclusão, foram considerados: artigos que apresentassem a palavra “Conforto” no título, que o resumo tivesse o conforto como objeto do estudo e que, entre os autores houvesse pelo menos um enfermeiro. Depois de aplicar esses critérios, a pesquisa foi finalizada com 11 artigos.

Foi realizada também uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Enfermagem, utilizando a palavra Conforto, com filtros para publicações no Brasil e ano de 2005-2014, o que resultou em 12 artigos, que foram excluídos por não atenderem os requisitos acima definidos. Ainda no portal da BVS, foi explorado um link o REV@ENF/Coleção SciELO de Enfermagem, em que apareceram 37 publicações, destes, duas repetições do site SciELO já pesquisado, 34 não atenderam aos critérios definidos, restando apenas um para ser analisado. Ainda em uma busca no Google

acadêmico, foi possível resgatar mais dois artigos que não apareceram nas bases de dados pesquisadas, embora fossem publicados em periódicos indexados.

Após a análise, foram selecionados 14 artigos, três dos quais versavam sobre percepção de medidas de conforto (PRADO et al., 2006; GIBAUT et al., 2013; FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012), quatro sobre o conforto e cuidado (POTT et al., 2013; CARRARO et al., 2008; CARRARO et al., 2006; LAMINO; TURRINI; KOLCABA, 2014), dois sobre reflexão fenomenológica e histórica do conforto (SILVA et al., 2013; MUSSI, 2005), um sobre o padrão de conforto (BRANDÃO et al., 2013), um sobre pesquisa bibliométrica (VAZ; SILVA; FIGUEIREDO, 2010) e três sobre a utilização da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (PONTE et al., 2012; PONTE; SILVA, 2014, PONTE et al., 2014). Apesar de se observar um crescente aumento nas publicações nos últimos anos com 64,28% entre 2012 e 2014, há uma defasagem na pesquisa sobre este construto. Na presente pesquisa não foi identificado nenhum artigo relacionados diretamente ao alívio da dor, embora esse alívio se apresente como um fato primordial para a obtenção do conforto.

Verifica-se que o conforto é um tema extensivamente citado, tanto no programa de ação quanto no de investigação, pelos profissionais de enfermagem embora seja pouco aprofundado (VAZ; SILVA; FIGUEIREDO, 2010). A CIPE® 2013 traz, como foco da prática de enfermagem: “Conforto-Condição: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (p.197) e “Desconforto”- condição prejudicada(p.203), Regime de Cuidados de Conforto (Paliativos) (p.90), Sinal de Desconforto (p.98); como conceito pré-coordenado de diagnóstico/resultado de enfermagem: – “Confortável” (p.130), “Desconforto” (p.133), “Disposição (Prontidão) (p.134) para o conforto”; “Confortar” como ação (p.266); como intervenções de enfermagem: “Executar cuidados de conforto (paliativos)” (p.42), Obter Dados sobre Sinal de Desconforto (p.69) e como definição de alguns focos da prática, principalmente no que se refere à dor, “Dor cutânea – Dor: Desconforto moderado a severo, causado por lesão ou doença de pele” (p.34).

Ao longo do tempo, alguns autores da área de Enfermagem (NIGHTINGALE,1989; KOLCABA, 1991; MORSE, 1992) discutiram sobre o conforto e sobre o quanto era considerado como um conceito central, frequentemente usado para descrever a arte da prática e a capacidade da Enfermagem de promover o conforto. Nas Teorias de Enfermagem, o conforto desempenha um papel importante e surge na publicação de algumas teóricas como Jean Watson, na Teoria do cuidar, o conforto se

configura como uma condição de crescimento interno e externo da pessoa. Para Paterson & Zderad, o conforto é um contínuo de conforto e desconforto, em que o paciente pode livremente transformar, controlar e planejar seu destino. Já Madeleine Leininger, Callista Roy, Hildegard Peplau, Lúcia Hall, Katherine Kolcaba e Janice Morse, sobretudo as duas últimas, aprofundam mais seus trabalhos acerca do conforto (APÓSTOLO, 2009).

O conforto assumiu diferentes significados relacionado à evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, faz parte dos cuidados de enfermagem estando presente desde sua origem, contribuindo significativamente com a evolução técnico-científica, principalmente das ciências da saúde e da Enfermagem em particular (APOSTOLO, 2009). Kolcaba (1991) inicia uma descrição multidimensional do conforto nos contextos físico, social, espiritual, mental e ambiental, em que deixou clara a importância de uma visão holística deste fenômeno, que se configura como um resultado para o cuidado ao paciente. A multidimensionalidade do conforto exige que o enfermeiro conheça também os referenciais filosóficos do cuidado e conforto e do cuidado de si, para que ele possa perceber as necessidades do outro e de si mesmo (ROSA et al., 2008).

A Teoria do Conforto foi desenvolvida por Katharine Kolcaba, na década de 1990, enquanto trabalhava em um serviço para pessoas com demência. Naquela época, começou a teorizar sobre o resultado do conforto nos dez anos subsequentes ao seu Doutorado (DOWD, 2004). A partir de então fez uma análise do conceito de conforto (KOLCABA, 1991) e desenvolveu um diagrama dos seus aspectos com a estrutura taxonômica que organiza os significados desse complexo conceito (KOLCABA, 1991; KOLCABA, 1992), tornando funcional o conforto como resultado do cuidado (KOLCABA, 1994). Desde então, empenha-se em propagar sua teoria em todas as disciplinas da área de saúde, e juntamente com a ajuda de outros cientistas da saúde, conforto ressurgiu como um resultado de valor agregado à prática baseada em evidências (DOWD, 2004).

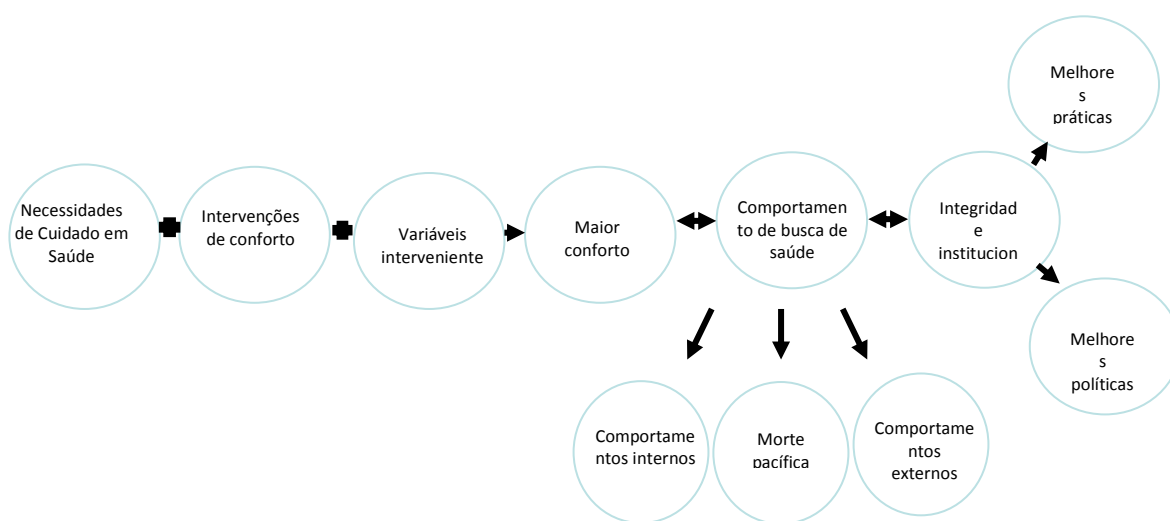
Configura-se como uma teoria de médio alcance para a prática da saúde, da educação e da pesquisa e tem o potencial de colocar conforto na linha de frente dos cuidados de saúde. De acordo com essa teoria, o conforto é o resultado desejável e imediato dos cuidados de enfermagem. O fato de estar sendo fortalecido por ter suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência dirigidas física, psicoespiritual,

socioculturalmente e ambiental, resulta em uma satisfação de um desejo básico do cliente (KOLCABA, 2015).

A teoria do conforto vem sendo usada para explicar e prever fenômenos relativos às respostas humanas no processo saúde-doença, o que contribui para que seja possível fazer uma avaliação fundamentada dos cuidados e dos resultados das intervenções. Portanto, o conforto pode ser considerado um processo, o de confortar, ou um resultado, o das intervenções, e é concebido como um conceito nobre implícito, mediante a intervenção dos técnicos de saúde que atuam no processo de saúde-doença e nas respostas humanas a esse processo (APOSTOLO, 2012).

Para facilitar a compreensão, é preciso entender a estrutura conceitual que deu início à teoria.

Figura 7 – Estrutura conceitual da Teoria do Conforto.



O diagrama acima apresenta a estrutura conceitual da teoria do conforto, tendo como base as definições dos principais conceitos da teoria (KOLCABA, 2010), os quais são definidos a seguir:

Necessidade de saúde: são as identificadas pelo paciente/família em um ambiente de prática particular.

Variáveis intervenientes: são os fatores que não são susceptíveis de mudar e sobre os quais os cuidadores têm pouco controle (como o prognóstico, a situação financeira, o grau de apoio social, entre outros).

Conforto: é o imediato resultado desejável dos cuidados de enfermagem. Quando as intervenções de conforto são realizadas de forma consistente ao longo do tempo, tendem a aumentar os níveis de conforto, com comportamentos de busca de saúde desejados e melhores resultados institucionais.

Comportamento de busca de saúde: essa busca pode ser interna (cura, função imunológica, número de células T, entre outros) e externa (atividades relacionadas à saúde e aos resultados funcionais) ou a uma morte pacífica.

Integridade institucional: definida por Kolcaba como os valores, a estabilidade financeira e a integridade das organizações de saúde em níveis local, regional, estadual e nacional. Além de sistemas hospitalares, as "instituições" incluem órgãos públicos de saúde e programas. Alguns exemplos de variáveis relacionadas a essa definição ampliada de integridade institucional são satisfação do paciente, redução de custos, melhoria do acesso, redução da taxa de morbidade, diminuição de internações e reinternações, melhores resultados relacionados à saúde, à eficiência dos serviços e ao faturamento e relações positivas de custo-benefício.

Melhores políticas: são protocolos e procedimentos desenvolvidos por uma instituição para uso geral, depois da coleta de evidências.

Melhores Práticas: são esses protocolos e procedimentos desenvolvidos por uma instituição para serem aplicados em paciente/família específicos (ou tipos de pacientes), depois da coleta de evidências.

Na teoria, Kolcaba (2003) identificou as necessidades de cuidados de saúde e as definiu como sendo as necessidades de conforto resultante de situações de cuidado de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estão incluídas as necessidades físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais. Ainda definiu três tipos de conforto, e como base, **utilizou conceitos de três** teorias de enfermagem: o alívio, baseado **em** Orlando (1961), que afirma que os enfermeiros aliviam as necessidades expressas pelos doentes; a tranquilidade, baseada nos princípios de Henderson (1966), por meio do equilíbrio homeostático; e a transcendência, baseada nas proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmam que os doentes superam suas dificuldades com a ajuda dos enfermeiros (DOWD, 2004).

Kolcaba (2003), portanto, desenvolveu uma estrutura taxonômica e define o conforto em duas dimensões, a primeira refere-se à satisfação ou não das necessidades de conforto, o qual divide-se em três estados - Alívio, Tranquilidade e Transcendência, a segunda dimensão está relacionada em que contextos o conforto pode ser experimentado que são o Físico, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental, que estão exibidos na figura.

Figura 8 – Estrutura Taxonômica do conforto.

Dimensões do Conforto			
Necessidades de Conforto			Contexto em que o conforto ocorre
Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
- Satisfeita uma necessidade específica	- Estado de calma, satisfação e contentamento	- Estado que suplanta seus problemas, situação em que a pessoa tem competência ou potencial para planejar sua vida, resolver problemas, sublimação ou renovação.	
			Físico
			Psicoespiritual
			Ambiental
			Sociocultural

Fonte: KOLCABA, 2003.

É por meio da obtenção do conforto, que os pacientes são fortalecidos e alcançam bem mais as metas específicas para a obtenção dos resultados do cuidado. Todos os componentes das dimensões do conforto são interligados, e quando respondidos a essa necessidade seja ela dor ou ansiedade, o paciente terá como resposta, bem-estar, autoconfiança e satisfação (KOLCABA, 2003).

Na dimensão de necessidades de conforto, o Alívio é o resultado de ter uma necessidade de conforto específica atendida, por exemplo, o alívio da dor, Tranquilidade – estado de calma ou contentamento e Transcendência, que leva o paciente a enfrentar seus problemas de saúde. Todo esse processo pode ocorrer no Contexto Físico – em que estão presentes as sensações corporais e outros aspectos físicos; no Contexto Psicoespiritual – que se refere à consciência de si, autoestima e sexualidade entre outros; no Contexto Ambiental – que compreende ao meio externo, temperatura, luz,

som, odor, paisagem e no Contexto Sociocultural – relações interpessoal, familiar e social.

De acordo com os conceitos do metaparadigma de Enfermagem, na Teoria do Conforto, a Enfermagem é descrita como o processo em que se avaliam as necessidades de conforto do paciente, bem como o desenvolvimento e a implementação dos planos de cuidados e avaliação dos resultados, para observar se o conforto do paciente foi alcançado depois de feitas as intervenções; o paciente, como indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde; o ambiente é qualquer aspecto do paciente, da família ou da instituição que pode ser manipulado por uma enfermeira, com o propósito de aumentar o conforto; e Saúde é considerada o ótimo funcionamento no paciente, conforme definido por si, grupo, família ou comunidade (KOLCABA, 2010).

Kolcaba (2003) descreve seis pressupostos para sua teoria:

- 1- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- 2- O conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina Enfermagem;
- 3- Os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- 4- O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem o comportamento de procura da saúde da sua escolha;
- 5- Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente o comportamento de procura da saúde estão satisfeitos com seus cuidados de saúde;
- 6- A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados.

As proposições de Kolcaba (2003) para a Teoria do Conforto são:

- Enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto do paciente que não foram atendidas por sistemas de apoio existentes.
- Enfermeiros planejam as intervenções para atender a essas necessidades.

- As variáveis intervenientes são levadas em consideração na definição das intervenções, tendo como resultados imediato maior conforto e/ou subsequentes comportamentos de busca da saúde.
- Se o conforto é alcançado, os pacientes são fortalecidos para se envolverem em comportamentos de busca de saúde ou numa morte pacífica.
- Quando os pacientes se envolvem plenamente em comportamentos de busca de saúde, a integridade institucional pode fazer o melhor para facilitar um maior engajamento nesta busca.

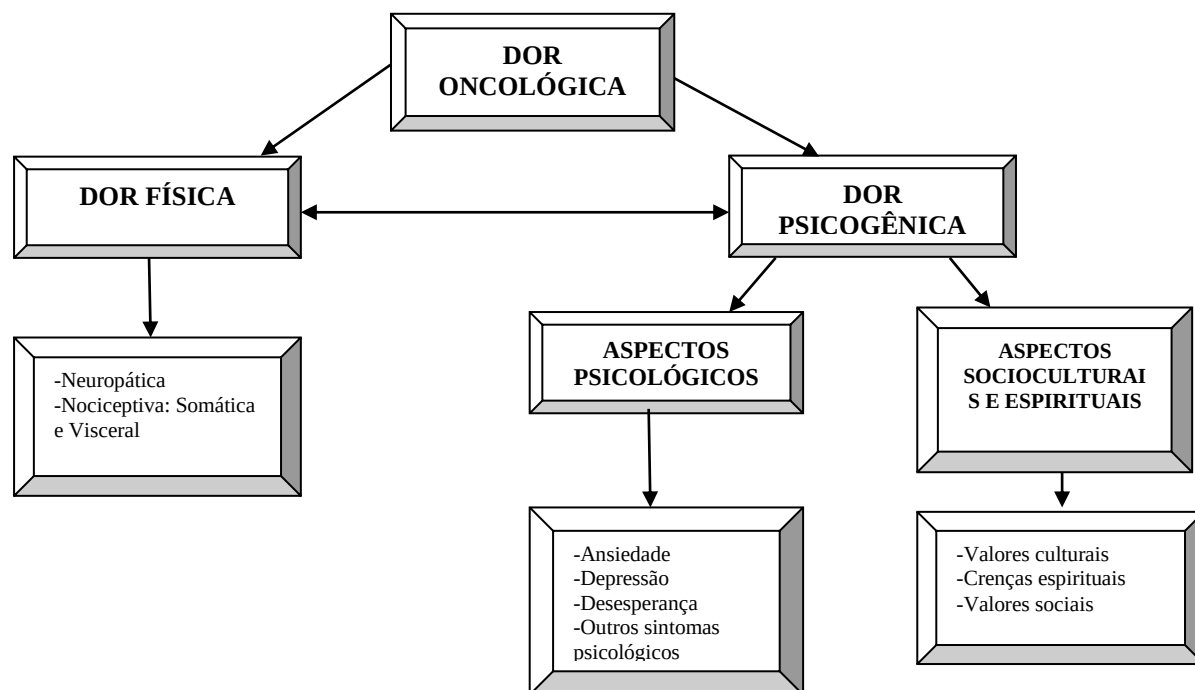
3.2 Modelo Teórico do Estudo

Para fundamentar a pesquisa, recorreremos à Teoria do Conforto (KOLCABA, 2003) e ao Modelo de Dor Oncológica (CARVALHO, 2009), criado e desenvolvido com base nos indicadores empíricos encontrados na revisão da literatura, que caracterizou e justificou a construção dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem na dissertação de Mestrado. Esse modelo não foi determinado pelo CIE, porque cada subconjunto terminológico deve estar alicerçado em um referencial teórico que pode variar para diferentes catálogos.

No Modelo de Dor Oncológica, os conceitos do metaparadigma de enfermagem são definidos como: a Enfermagem, como uma profissão capaz de vivenciar o apoio e a orientação ao paciente e à família, quanto ao alívio da dor, em todas as fases do processo saúde-doença, quer seja no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e na palição, dando condições para o paciente ter conforto e melhorar a qualidade de vida; o paciente é descrito como o indivíduo e a família, que necessitam e recebem os cuidados de enfermagem; o ambiente é o elemento quer seja indivíduo, família ou espaço físico, sujeitos as intervenções de enfermagem para o alívio da dor e obtenção do conforto; a saúde é descrita como o alcance, não necessariamente curativo, dos resultados pleiteados pelas intervenções.

O modelo de dor oncológica utilizado no Subconjunto Terminológico CIPE® para Pacientes com Dor oncológica, contempla a dor de duas origens: física e psicogênica.

Figura 9 – Modelo conceitual da Dor Oncológica.



Fonte: CARVALHO, 2009.

A dor de **origem física** é subdividida em dor neuropática e dor nociceptiva (somática e visceral), estas podem ser causadas pelo próprio câncer - 46% a 92% por meio da invasão tumoral óssea, visceral e do sistema nervoso periférico, extensão direta às partes moles, aumento da pressão intracraniana; podem estar relacionadas ao câncer - 12% a 29%: espasmo muscular, linfedema, escara de decúbito, constipação intestinal; ou relacionada ao tratamento anticâncer - 5% a 20%: pós-operatória (pós-mastectomia, pós-amputação), pós-quimioterapia (mucosites, neuropatias periféricas, nevralgia pós-herpética, espasmos vesicais), pós-radioterapia (mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar); e ainda por desordens concomitantes - 8% a 22%: osteoartrite, espondiloartrose, entre outras (INCA, 2002).

A dor de **origem psicogênica** é influenciada por **aspectos culturais**: crenças culturais, visão de mundo, diversidade cultural, valores culturais, comportamentos;

aspectos sociais: deterioração da qualidade de vida, tumulto social, desafio à dignidade e **aspectos psicológicos:** angústia, culpa, depressão, ansiedade, desesperança, desespero.

Para o desenvolvimento da pesquisa atual, foi feita uma interface do Modelo de Dor Oncológica e da Teoria do Conforto de Kolcaba, como alicerce teórico para a organização e validação do Subconjunto terminológico da CIPE® para o Paciente com Dor Oncológica. Para tanto, foi necessário determinar quais os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), que se aplicam neste estudo, e ficou determinado que, os pacientes com dor oncológica apresentam respostas holísticas aos estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina Enfermagem; os pacientes com dor oncológica lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam; o conforto melhorado dá ânimo aos pacientes com dor oncológica para empreenderem o comportamento de busca da saúde de sua escolha; e os pacientes com dor oncológica a quem são concedidos poderes para assumir ativamente o comportamento de busca da saúde estão satisfeitos com seus cuidados de saúde.

Da mesma forma as proposições de Kolcaba (2003) sobre a Teoria do Conforto aplicáveis neste estudo são: os Enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto do paciente com dor oncológica que não foram atendidas por sistemas de apoio existentes; os enfermeiros devem planejar intervenções de enfermagem para atender a essas necessidades; as variáveis intervenientes devem ser levadas em consideração na definição das intervenções, tendo como resultados imediato maior conforto e/ou subsequentes comportamentos de busca da saúde; e se o conforto é alcançado, os pacientes com dor oncológica são fortalecidos para se envolverem em comportamentos de busca de saúde ou numa morte pacífica.

Kolcaba (2003) relaciona o conforto e a dor e defende a ideia de que ‘conforto’ é um termo mais amplo, em comparação com a dor, e afirma que ela apresenta elementos de origem física mas também é influenciada por fatores espirituais, socioculturais e ambientais e psicológicos, como o conforto. A autora define a dor como uma sensação específica no corpo ferido, com um grau variável de intensidade que pode ser mensurado e que desconforto causado pela dor, muitas vezes, é um depreciador significativo do conforto. De forma holística, a dor é intensificada pela solidão, pelo medo, pela ansiedade, a estímulos nocivos, raiva, entre outros.

Quadro 1 – Intercessão entre o Modelo de Dor oncológica e a Teoria do Conforto de Kolcaba. João Pessoa, 2016.

Modelo de Dor Oncológica		Dimensões do Conforto	
		Contexto em que o conforto ocorre	Necessidade de Conforto
Origem física	Dor neuropática	Conforto físico – experiência dolorosa	Alívio Tranquilidade Transcendência
	Dor nociceptiva		
Origem psicogênica	Aspectos culturais	Conforto Sociocultural	
	Aspectos sociais		
	Aspectos psicológicos	Conforto Psicoespiritual	
	Aspectos espirituais		
	Conforto ambiental		

O quadro representa a aproximação do Modelo de Dor Oncológica e da Teoria do Conforto para o Subconjunto terminológico da CIPE® para o paciente com dor oncológica, o que demonstra uma forte relação entre os dois quanto à forma de aliviar a dor em sua origem física, na dimensão do conforto físico, por meio da experiência dolorosa, e para o alívio da dor de origem psicogênica, a busca será para as dimensões de conforto sociocultural e psicoespiritual, com o objetivo de satisfazer às suas necessidades de conforto e de atingir uma dimensão de alívio, tranquilidade ou transcendência.

O conforto é alcançado quando são atendidas as necessidades do paciente. Por exemplo, quando se administra medicação para a dor, eles sentem ALÍVIO; quando a dor vai diminuindo, vem a TRANQUILIDADE, que é focada no estado psicológico do paciente; A TRANSCENDÊNCIA acontece quando o paciente é capaz de se elevar acima de seus problemas de saúde e de sua dor (KOLCABA, 2007). Todo esse contexto de dimensão física pode ocorrer sob a influência das outras dimensões a que a Teoria se propõe. Um ambiente favorável, problemas socioculturais solucionados e dimensão psicoespiritual valorizada são contextos favoráveis para que o enfermeiro atue eficazmente, por meio das intervenções de enfermagem.

De acordo com Kolcaba (2003), o conforto físico está relacionado às sensações corporais que podem ser descritas pelos pacientes, como experiência da dor, náuseas, frio ou dormência, entre outras. O mecanismo homeostático, que se manifesta quando o paciente sente dor ou desconforto, pode elevar a pressão arterial, aumentar a taxa de respiração e a temperatura corporal. O enfermeiro é o responsável por auxiliar o paciente a se sentir aliviado do desconforto, através da implementação de medidas de conforto, como por exemplo: administrar medicação para dor e reposicionar o paciente. As intervenções de enfermagem são as responsáveis pela obtenção do conforto.

Kolcaba (2003) descreve os aspectos sociais e culturais juntos quando se refere ao conforto sociocultural, que envolve as relações interpessoais entre um indivíduo e os membros da família, da sociedade e das tradições culturais. As crenças dos pacientes, a cultura, os valores, os modos de viver tradicionais e a religião devem ser levados em consideração. Nesse contexto, o receptor pode ser um paciente e os membros da família, o paciente individual e/ou um grupo.

Kolcaba (2003) entende que os pacientes precisam sentir conforto psicoespiritual, pois ela se preocupa com a consciência interna de si mesmo, que incluem estima, sexualidade e significado na vida de alguém e o relacionamento de ordem superior ou de ser. O conceito de conforto, como entende esse autor, é holístico e envolve a ligação entre a mente, o corpo e o espírito, portanto, é difícil separar a parte psicológica da espiritual.

O último componente das necessidades de conforto é o conforto ambiental, relativo à experiência de fundo externo do humano e inclui ruído, ambiente, temperatura, condições e influências. Nessa definição, implicam cor, luz, visão da janela, elementos naturais versus sintéticos (KOLCABA, 2003). Esse tipo de necessidade não foi estudada na primeira pesquisa, o que não significa que não possa ser incluída no estudo.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa tipo metodológica, por se tratar da validação e da avaliação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, aqui tratado como um instrumento tecnológico do cuidar. Segundo Polit e Beck (2011), esse tipo de pesquisa requer a avaliação de resultados seguros e acreditáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados, foca o desenvolvimento de instrumentos e emprega métodos complexos e mistos.

Portanto, para obter os resultados, foram utilizados diferentes métodos ou técnicas de pesquisa, na perspectiva de coletar, analisar, validar e interpretar dados, descritas em cada uma das etapas do estudo, bem como a utilização da Teoria do conforto e seus conceitos para a classificação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

4.2 Aspectos éticos da pesquisa

Antes de sua realização, o projeto da pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, respeitando-se as Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS), referente à pesquisa que envolvendo seres humanos no cenário brasileiro (BRASIL, 2012), e do qual recebeu parecer favorável, sob CAAE 37064714.3.0000.5183.

Assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido nesta pesquisa, os sujeitos envolvidos nas 1ª e 2ª etapas. Na 1ª etapa - Validação de conteúdo, os enfermeiros do grupo de juízes contribuintes para a elaboração e validação das definições operacionais dos diagnósticos/resultados (APÊNDICE A), os enfermeiros

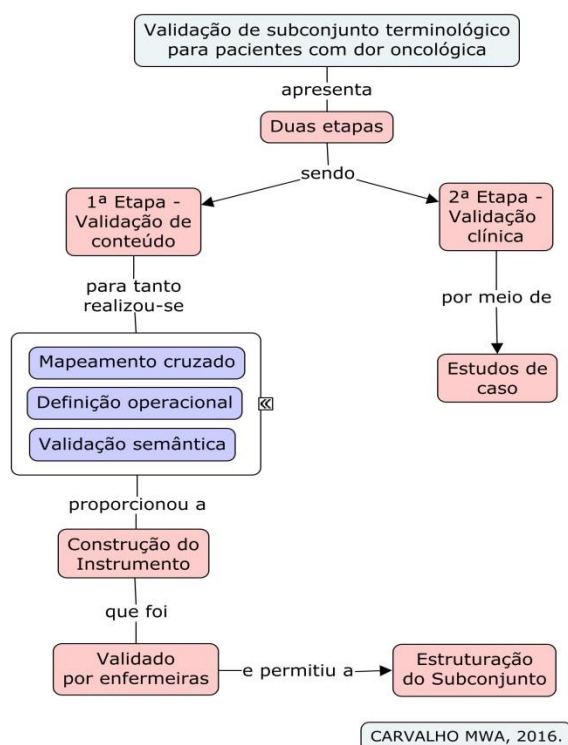
que fizeram a avaliação semântica (APÊNDICE B), e os enfermeiros especialistas que fizeram a avaliação de conteúdo dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem (APÊNDICE C). Na 2ª etapa, de Validação Clínica, assinaram os TCLE os pacientes internados no hospital oncológico, que apresentaram dor oncológica (APÊNDICE D).

Os participantes da pesquisa foram informados de que sua participação era voluntária e que não traria riscos para eles, de que poderiam desistir de participar do estudo, se desejassem, de que os dados poderão ser publicados em eventos científicos e de que seus nomes serão mantidos em sigilo absoluto.

4.3 Etapas da pesquisa

Para operacionalização deste estudo o mesmo foi dividido em 2 (duas) etapas: 1ª etapa - Validação de conteúdo, e 2ª etapa - Validação Clínica, para as quais foram utilizados diferentes técnicas de pesquisa para coletar e interpretar dados, conforme figura abaixo.

Figura 10 – Etapas metodológicas do estudo. João Pessoa, 2016.



A partir dessas etapas, foram escritos dois capítulos distintos: 1. Validação de conteúdo dos enunciados do subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica e 2. Validação clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica. Cada capítulo contém os procedimentos metodológicos específicos, os resultados empíricos e a discussão de acordo com o referencial teórico utilizado no estudo.

CAPÍTULO 1

5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ENUNCIADOS DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE[®] PARA PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA

A apresentação da validação de conteúdo é uma exigência fundamental para todos os instrumentos de avaliação (SIREGI, 1998). Pesquisadores defendem que a validação de conteúdo é um método de julgamento constituído de duas partes: o desenvolvimento do instrumento de medida e sua avaliação feita por especialistas (POLIT; BECK, 2006; LYNN, 1986). Assim, pode-se considerar que a validade de conteúdo de instrumentos também é garantida pelo procedimento de sua elaboração (PASQUALI, 2004).

Partindo desse princípio, para elaborar o instrumento de medida, foram estabelecidas três fases: mapeamento cruzado, definição operacional e construção dos itens, o que resultou na elaboração do instrumento. Contou-se, ainda, com os princípios sugeridos por Paqualli (2010) para a elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, em que se devem utilizar três grupos de procedimentos. *O grupo teórico*, que contempla a fundamentação teórica do construto em que o instrumento é baseado e que, nesse caso, foi a utilização do Modelo de Dor Oncológica (CARVALHO, 2009) e da Teoria do Conforto (KOLCABA, 2003), seguindo o estilo de concepção, com os distintos aspectos de origem física e psicogênica (aspectos psicológicos, socioculturais e espirituais) para obter o conforto nos contextos físico, sociocultural e psicoespiritual, conforme descrito no referencial teórico desta pesquisa; a definição operacional; a construção dos itens e a validação de conteúdo. *O empírico (experimental)*, em que se empregam técnicas de aplicação do instrumento e a coleta de dados para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento; e *o analíticos (estatísticos)*, quando são feitas as análises estatísticas dos dados (PASQUALI, 2010).

5.1 Mapeamento cruzado

Nessa etapa, pretendem-se padronizar os conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica, que foi elaborado por Carvalho (2009) e teve como referência a CIPE[®] versão 1.1, com os conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na CIPE[®] versão 2013. No período de outubro de 2014, foi necessário revisar o conteúdo do subconjunto com a versão da CIPE[®] 2013. Para tanto, foi utilizada a técnica de mapeamento cruzado, uma ferramenta empregada com frequência nas pesquisas de Enfermagem sobre linguagens padronizadas, com a qual se podem fazer comparações entre os termos de forma sistematizada e com possibilidade de validação, entre as linguagens padronizadas e as não padronizadas e entre linguagens padronizadas ou não padronizadas entre si (NONINO et al., 2008).

O mapeamento cruzado é um processo utilizado para explicar ou expressar algo, por meio do uso de palavras com significado igual ou semelhante (DELANEY; MOORHEAD, 1997). Como observado no estudo de Moorhead e Delaney (1997), não existem regras definidas para fazer o mapeamento cruzado. Elas podem ser delineadas e determinadas à medida que o processo é construído, mas devem ter como base as características da classificação utilizada.

Para esse processo neste estudo, foram seguidos estes passos: revisão dos diagnósticos/resultados de enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica (CARVALHO, 2009); digitação dos enunciados em uma planilha do programa Excel e, posteriormente, exportação dessa planilha para o programa Access for Windows; revisão dos conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na CIPE[®] versão 2013; ajustes nesses conceitos quanto ao uso de artigos, preposições, vírgulas e outros detalhes de grafia, com cuidado para que sua adequação não mudasse o sentido do enunciado; digitação dos conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na CIPE[®] versão 2013 em uma planilha do programa Excel e sua exportação para o programa Access for Windows; cruzamento dos dados.

Depois de mapeados, os diagnósticos/resultados de enfermagem passaram por outro processo de análise realizado pela pesquisadora, sem sofrer modificações, e foram

classificados tomando como base o trabalho de Ehnfors e Ehrenberg (2003), que determinaram cinco categorias de análises. A primeira categoria - **Combinação perfeita** - foi utilizada para identificar os conceitos considerados constantes, já que apresentam uma combinação de escrita igual, sem mudança na denominação e na definição das categorias. Como esta pesquisa trata da validação de conceitos diagnósticos, foi substituída a palavra **termo**, utilizada por Ehnfors e Ehrenberg (2003), pela palavra **conceito**.

Os conceitos considerados como não constantes foram então classificados de acordo com as outras quatro categorias: **Conceito similar**: um conceito similar foi identificado, mas escrito de forma diferente; **Conceito mais restrito**: o conceito mais próximo a ser encontrado era de menor alcance; **Conceito mais amplo**: o conceito mais próximo a ser encontrado foi menos específico; **Sem combinação**: nenhum conceito, seja mais amplo ou mais restrito, foi encontrado.

A partir desse processo de análise dos enunciados os conceitos classificados como Conceito similar, foram realizados os ajustes e passaram a ser considerados como constantes, prevalecendo à denominação da CIPE® 2013. Em seguida os enunciados classificados como Conceito mais restrito, Conceito mais amplo e Sem combinação foram considerados como não constantes neste sistema de classificação, finalizando então a avaliação dos itens que sem infringir o que determina as diretrizes da norma ISO 18.104:2014 e da CIPE® 2013 devem obedecer a alguns critérios como: clareza, simplicidade e precisão. Foi sugerido definir clareza, simplicidade e precisão, mas eu não acho necessário.

5.1.1 Análise dos dados do mapeamento cruzado

Foram mapeados os 68 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, com os 783 conceitos pré-coordenados da CIPE® 2013, e o resultado deste mapeamento foi submetido a um processo de análise tendo como base a classificação de Ehnfors e Ehrenberg (2003). Os 68 enunciados já estavam classificados e distribuídos de acordo com o modelo de dor oncológica sendo: 28 diagnósticos/resultados de enfermagem que atendem aos aspectos físicos da dor oncológica, 29, aos aspectos psicológicos, e 11, aos

aspectos socioculturais e espirituais da dor oncológica, desta forma os resultados serão apresentados de acordo com o modelo de dor oncológica.

Quadro 2 – Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto Físico. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/Resultados do Subconjunto		Diagnósticos/Resultados da CIPE® 2013	1	2	3	4	5
1	Comunicação prejudicada	Comunicação, prejudicada	X				
2	Constipação	Constipação	X				
3	Deglutição prejudicada	Deglutição, prejudicada	X				
4	Dor aguda	Dor, aguda	X				
5	Dor crônica	Dor, crônica	X				
6	Estado de sonolência	Sonolência		X			
7	Fadiga	Fadiga	X				
8	Falta de resposta ao tratamento	Falta de resposta ao tratamento	X				
9	Hipertermia	Hipertermia	X				
10	Infecção	Infecção	X				
11	Ingestão nutricional prejudicada	Ingestão nutricional, prejudicada	X				
12	Inquietação	Inquietação	X				
13	Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele, prejudicada	X				
14	Membrana mucosa oral prejudicada	Membrana mucosa oral, prejudicada	X				
15	Mobilidade prejudicada	Mobilidade, prejudicada	X				
16	Náusea	Náusea	X				
17	Padrão do sono alterado	Sono prejudicado					X
18	Padrão respiratório prejudicado	Respiração Prejudicada					X
19	Pressão sanguínea alterada	Pressão Arterial Alterada		X			
20	Prurido	----					X
21	Repouso prejudicado	----					X
22	Retenção urinária	Retenção Urinária	X				
23	Risco para retenção urinária	----					X
24	Risco para constipação	Risco de constipação	X				
25	Risco de infecção	Risco de infecção	X				
26	Síndrome do desuso	Síndrome de Desuso	X				
27	Taquicardia	Taquicardia	X				
28	Edema	Edema Linfático			X		

Legenda:

1 = Combinação perfeita; 2 = Conceito similar; 3 = Conceito mais restrito; 4 = Conceito mais amplo; 5 = Sem combinação

Na análise dos dados, dos 28 conceitos diagnósticos descritos para o aspecto físico da dor oncológica, 18 conceitos apresentaram combinação perfeita após a retirada da vírgula que separa o termo do eixo FOCO do termo do eixo JULGAMENTO, e foram considerados constantes na CIPE®; dois conceitos apresentaram similaridade com o conceito da CIPE® e foram classificados como Conceito similar: são eles: o diagnóstico de enfermagem Estado de Sonolência, que foi encontrado na CIPE como Sonolência. Assim, foi feita a substituição por Sonolência; e Pressão sanguínea alterada,

para Pressão arterial alterada, que é o modo como aparece na CIPE® e foi substituído por esse. Para o conceito diagnóstico Edema, foi encontrado Edema linfático, considerado um conceito mais restrito. Optamos para que ficasse o primeiro, e sete não tiveram combinação: Padrão do sono alterado, Prurido, Repouso prejudicado, Risco de retenção urinária, Risco de constipação, Risco para/de infecção, que foram alterados no sentido de trocar a preposição “para” por “de”, a fim de manter o padrão da CIPE®; e o diagnóstico Padrão respiratório prejudicado, que, na CIPE®, tem Respiração prejudicada, optamos por trocar aquele diagnóstico, visto que o segundo se encaixa melhor no cuidado dispensado ao paciente com dor oncológica. No final dessa avaliação, depois de feitas as modificações necessárias, ficaram 22 conceitos constantes e seis não constantes no aspecto físico.

Quadro 3 – Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto Psicológico. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/Resultados do Subconjunto		Diagnósticos/Resultados da CIPE® 2013	1	2	3	4	5
1	Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde	X				
2	Alucinação	Alucinação	X				
3	Angústia	Angústia espiritual e Angústia moral			X		
4	Ansiedade	Ansiedade	X				
5	Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico	Atitude em Relação ao Regime Terapêutico Conflituosa		X			
6	Atitude familiar conflitante	Atitude Familiar Conflituosa (Negativa)		X			
7	Autoimagem negativa	Autoimagem, Negativa	X				
8	Baixa autoestima situacional	Baixa Autoestima, Situacional	X				
9	Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada			X		
10	Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	Capacidade Familiar para Gerenciar o Regime, Prejudicada				X	
11	Comportamento de busca da saúde prejudicado	Comportamento de Busca de Saúde, Prejudicado	X				
12	Cognição prejudicada	Cognição, Prejudicada	X				
13	Confusão	Confusão	X				
14	Déficit de autocuidado	Déficit de Autocuidado	X				
15	Delírio	Delírio	X				
16	Depressão	Depressão	X				
17	Desesperança	Desesperança	X				
18	Distúrbio da identidade pessoal	Identidade Pessoal Perturbada		X			
19	Medo	Medo	X				
20	Não aderência ao regime	Não Adesão ao Regime Terapêutico				X	

Diagnósticos/Resultados do Subconjunto		Diagnósticos/Resultados da CIPE® 2013	1	2	3	4	5
	terapêutico						
21	Negação	Negação	X				
22	Paternidade/maternidade prejudicada	Parentalidade, Prejudicada		X			
23	Percepção alterada	Percepção Alterada	X				
24	Luto antecipado	Processo de luto antecipado		X			
25	Processo familiar prejudicado	Processo Familiar Prejudicado	X				
26	Tristeza crônica	Tristeza, Crônica	X				
27	Enfrentamento familiar ineficaz	Enfrentamento Familiar Prejudicado		X			
28	Enfrentamento individual ineficaz	Enfrentamento Prejudicado		X			
29	Impotência (falta de poder)	Impotência	X				

Legenda:

1 = Combinação perfeita; 2 = Conceito similar; 3 = Conceito mais restrito; 4 = Conceito mais amplo; 5 = Sem combinação

Na avaliação dos conceitos diagnósticos dos aspectos psicológicos da dor oncológica, dos 29 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem 18 foram julgados como **combinação perfeita** e por isso constantes na CIPE®, 07 (sete) apresentaram similitude aos termos da CIPE®, onde foram avaliados como **conceito similar** sendo necessário fazer ajustes e a troca pelo conceito da CIPE®: Luto antecipado por Processo de luto antecipado (CIPE®), Paternidade/maternidade prejudicada por Parentalidade Prejudicada (CIPE®), Não aderência ao regime terapêutico por Não Adesão ao Regime Terapêutico (CIPE®), Atitude familiar conflitante por Atitude Familiar Conflituosa (Negativa) (CIPE®), Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico por Atitude em Relação ao Regime Terapêutico Conflituosa (CIPE®), Distúrbio da identidade pessoal por Identidade Pessoal Perturbada (CIPE®), enfrentamento familiar ineficaz por Enfrentamento Familiar Prejudicado e Enfrentamento individual ineficaz por Enfrentamento Prejudicado; após as modificações, passaram a ser considerados como conceitos constantes. Para o diagnóstico/resultados Angústia, foi encontrado na CIPE® os diagnósticos Angústia espiritual e Angústia moral, e para Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico consta o diagnóstico/resultados Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada (CIPE®), sendo os dois conceitos da CIPE® classificados como **conceito mais restrito** e por este motivo os diagnósticos/resultados de enfermagem do subconjunto não sofreram modificação; para o diagnósticos de enfermagem Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico, consta

na CIPE® Capacidade Familiar para Gerenciar o Regime Prejudicada, classificado como um **conceito mais amplo** e não foi substituído; para o enunciado de diagnóstico/resultados Não aderência ao regime terapêutico, apresenta, Não adesão ao regime, também um **conceito mais amplo**, o qual não sofreu substituição, apenas a fim de padronização, foi substituído o substantivo aderência, por adesão. Ao final de todas as substituições obteve-se como resultado 25 conceitos diagnóstico constantes e 4 não constantes.

Quadro 4 – Análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor – Aspecto/Conforto sociocultural e espiritual. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/Resultados do Subconjunto		Diagnósticos/Resultados da CIPE® 2013	1	2	3	4	5
1	Crenças culturais conflitantes	Crenças Culturais Conflituosas (Negativas)		X			
2	Falta de apoio social	Falta de Apoio Social	X				
3	Falta de conhecimento sobre doença	Falta de Conhecimento sobre Doença	X				
4	Falta de conhecimento sobre regime terapêutico	Falta de Conhecimento sobre Regime Terapêutico	X				
5	Isolamento social	Isolamento Social	X				
6	Risco de desamparo	----					X
7	Socialização prejudicada	Socialização, Prejudicada	X				
8	Sufrimento espiritual	Sufrimento				X	
9	Sufrimento moral	Sufrimento				X	
10	Risco de sofrimento espiritual	----					X
11	Risco de sofrimento moral	----					X

Legenda:

1 = Combinação perfeita; 2 = Conceito similar; 3 = Conceito mais restrito; 4 = Conceito mais amplo; 5 = Sem combinação

Na análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, nos aspectos socioculturais e espirituais da dor oncológica dos 11 construídos, cinco apresentaram combinação perfeita com os conceitos da CIPE®, por isso, considerados constantes. São eles: Falta de apoio social, Falta de conhecimento sobre doença, Falta de conhecimento sobre regime terapêutico, Isolamento social e Socialização prejudicada. Um enunciado apresentou conceito similar e só foi preciso mudar o adjetivo - Crenças culturais conflitantes por Crenças Culturais Conflituosas (Negativas); não foi encontrada nenhuma combinação para os enunciados de diagnósticos/resultados

de Risco de desamparo, Risco de sofrimento espiritual e Risco de sofrimento moral, que foram classificados como **sem combinação**. Esses diagnósticos sofreram modificações na escrita para seguir os padrões da CIPE® - mudou-se a preposição e ficou Risco de desamparo, Risco de sofrimento espiritual e Risco de sofrimento moral; a CIPE® apresenta o enunciado de diagnóstico/resultados Sofrimento, que foi avaliado como um **conceito mais amplo** para os enunciados de Sofrimento espiritual e Sofrimento moral, portanto, ficou sem alterações. No final da análise, ficaram seis conceitos constantes e cinco não constantes.

Como resultado do mapeamento cruzado entre os conceitos diagnósticos contidos no Subconjunto Terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica e a CIPE® 2013, obteve-se um total de 53 conceitos constantes e 15 não constantes.

Foi realizado também o mapeamento cruzado das 227 intervenções de enfermagem contidas no subconjunto com os 809 conceitos pré-coordenados de intervenções contidas na CIPE® 2013, resultando em quatro intervenções constantes na CIPE® 2013. Infere-se que este resultado se deva ao fato de na CIPE® os conceitos de intervenções serem mais condensados, utilizando na sua grande maioria um termo do eixo ação e outro termo alvo, e as intervenções construídas no Catálogo CIPE® para dor oncológica foram mais detalhadas utilizando termos de vários eixos, além do eixo ação. Por este motivo foram consideradas todas as 227 intervenções de contidas no subconjunto.

5.2 Definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem

Concluído o mapeamento cruzado foram elaboradas as definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem. Segundo Pasquali (2010), uma definição é operacional quando o conceito ou construto foi definido baseado em fatos empíricos, de experiência ou de observação. Deve ser o mais abrangente possível e retratar aquilo que o conceito é dentro da realidade que ele será avaliado e por sua vez deve ser mensurável. Esta é a ponte de passagem de um terreno abstrato para um concreto. Deve-se ter muito cuidado ao se definir operacionalmente um construto, pois a sua

abrangência, pode retratar a boa ou a pior qualidade da definição, fato que pode influenciar de maneira categórica na construção do instrumento.

Para Lakatus e Marconi (2010), a definição operacional, fundamenta-se em sua característica de conduta, isto é, indica uma série de operações que podem ser realizadas, físicas e/ou mentalmente, com o objetivo de justificar ou reproduzir o que se diz a respeito do conceito que se está sendo definido, utilizando também do reconhecimento e da reprodução da realidade que está atrás dele.

Nesta pesquisa, as definições dos conceitos diagnósticos foram feitas pela pesquisadora e seguiram uma abordagem subsidiada pela literatura de enfermagem, experiência prática da mesma e opinião de peritos (PAQUALI, 1998) retratando a realidade que permeia o paciente com dor oncológica para obtenção do conforto.

Foi construído um instrumento (APÊNDICE E), contendo os 68 diagnósticos/resultados de enfermagem do subconjunto e suas respectivas definições operacionais, e enviado ao grupo de cinco peritos que colaboraram com a elaboração das definições operacionais, fazendo uma avaliação e sugerindo modificações se necessário.

Os dados foram coletados em fevereiro de 2015. Participaram dessa etapa cinco juízes enfermeiros, atuantes na assistência/docência por, no mínimo, três anos, quatro, com Mestrado em Enfermagem - dois doutorandos e um especialista em oncologia. Depois que o grupo foi selecionado, seus componentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE A). Esses critérios foram estabelecidos pela pesquisadora para que o objetivo dessa fase fosse alcançado. Foi considerado enfermeiro experiente aquele detentor de vasto conhecimento e habilidade com base em estudos teóricos e em experiência clínica (GALDEANO; ROSSI, 2006).

5.2.1 Análise dos dados da Validação das definições operacionais

Para a validação das definições operacionais, foi utilizada a técnica de porcentagem de concordância absoluta entre juízes, que se caracteriza por ser um método matemático simples, mas que apresenta um elevado grau de confiabilidade.

Consiste unicamente em calcular o número de vezes em que os avaliadores concordam e dividir pelo número total de avaliações (varia entre 0 e 100%). A vantagem desse procedimento é de que proporciona informações úteis que são facilmente calculadas (MATOS, 2014).

Foi utilizada a fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{nº de participantes que concordaram}}{\text{nº total de participantes}} \times 100$$

Este método quantifica o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O critério estabelecido foi de que 80% dos juízes concordassem (quatro dos cinco juízes deveriam concordar), para que o item permanecesse, e se esse índice não fosse atingido, a definição operacional deveria ser reconsiderada, com base nas sugestões dos avaliadores.

Segue o quadro com o demonstrativo dos resultados da avaliação das definições operacionais classificadas por Aspecto/Conforto Físico da dor oncológica.

Quadro 5 – Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto Físico. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concordância	%
1. Comunicação prejudicada	Dificuldade ou falta de transmitir, trocar ou receber informações, pensamentos, ideias, desejos ou necessidades, usando comunicação verbal e não verbal com outros indivíduos.	5	100%
2. Constipação	Diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou endurecidas.	5	100%
3. Deglutição prejudicada	Dificuldade apresentada no processo de condução de alimentos, saliva e líquidos, da boca ao estômago, passando pela faringe e esôfago, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
	esofágica.		
4. Dor aguda	Sensação desagradável, de surgimento repentino e de curta duração, caracterizado como sinal de alerta ao surgimento de alguma lesão ou disfunção do organismo, apresentando comportamento autoprotetor, inquietação e perda do apetite.	5	100%
5. Dor crônica	Sensação desagradável, com duração de meses a anos e relacionada a doenças crônicas; apresenta relato subjetivo de sofrimento, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.	5	100%
6. Sonolência	Estado intermediário entre o sono e a vigília, com sensação de indisposição e desânimo, apatia ou prostração, com incapacidade para responder aos estímulos e/ou movimentos normais.	4	80%
7. Fadiga	Sensação de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço e esgotamento para o trabalho físico ou mental.	5	100%
8. Falta de resposta ao tratamento	Condição em que o paciente não responde de forma satisfatória, a terapêutica instituída como tratamento seja ele curativo ou paliativo.	5	100%
9. Hipertermia	Elevação da temperatura corporal, acima dos parâmetros normais associados à patologia ou a choques na infusão de medicamentos.	5	100%
10. Infecção	Estado em que o organismo é invadido por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando processos patológicos, podendo levar a morte.	5	100%
11. Ingestão nutricional prejudicada	Ingestão insuficiente de alimentos contendo nutrientes necessários ao funcionamento normal do corpo e manutenção da vida.	4	80%
12. Inquietação	Sensação de intranquilidade, cansaço e agitação; falta de sossego; associado ao fato de não conseguir repousar.	4	80%
13. Integridade da pele prejudicada	Interrupção da integridade cutânea, caracterizado pela destruição das camadas da pele, ocasionadas por punções, uso de outros dispositivos e/ ou feridas.	5	100%
14. Membrana mucosa oral prejudicada	Interrupção na integridade da mucosa que protege a boca, geralmente ocasionada por ressecamento e/ou efeito colateral de	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
	algumas drogas e radioterapia.		
15. Mobilidade prejudicada	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades; capacidade diminuída de ir a outro lugar decorrente da condição crônica a que está submetido.	5	100%
16. Náusea	Sensação desconfortável que geralmente antecede o vômito, causando mal estar podendo ser agravada pelo sabor, cheiro ou lembranças de episódios anteriores que reportam ao vômito.	5	100%
17. Padrão do sono alterado	Alteração no próprio modelo de referência do sono, quanto a horário, fases e horas dormidas.	5	100%
18. Padrão respiratório prejudicado	Comprometimento no processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono dos pulmões. Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.	5	100%
19. Pressão Arterial Alterada	Alteração para o aumento ou diminuição da pressão arterial, com valores fora dos parâmetros normais instituídos	5	100%
20. Prurido	Estado no qual o indivíduo apresenta sensação cutânea desagradável, seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo, formigamento irritante, geralmente, causada pela liberação de substâncias químicas particulares ao organismo, ressecamento da pele, doença ou reação medicamentosa.	5	100%
21. Repouso prejudicado	Dificuldade apresentada pelo indivíduo para o descanso, tranquilidade, quietação e folga.	5	100%
22. Retenção urinária	Acúmulo involuntário de urina na bexiga com esvaziamento incompleto, associado à perda da sua função muscular por efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	5	100%
23. Risco de retenção urinária	Risco de apresentar acúmulo involuntário de urina na bexiga com esvaziamento incompleto, associado à perda da sua função muscular por efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	5	100%
24. Risco de constipação	Risco de apresentar diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou endurecidas.	5	100%
25. Risco de infecção	Risco de invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se	4	80%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
	reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.		
26. Síndrome do desuso	Condição no qual o indivíduo apresenta deterioração de sistemas corporais, como resultado de uma diminuição da utilização musculoesquelética de membros, pela ocorrência de dor ou prescrita como medida terapêutica.	4	80%
27. Taquicardia	Frequência cardíaca rápida e anormal, superior a 100 batimentos por minuto em adultos.	5	100%
28. Edema	Condição de acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares.	5	100%

O quadro a seguir demonstra os resultados da avaliação das definições operacionais classificadas por Aspecto/Conforto Psicológico da dor oncológica.

Quadro 6 – Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto Psicológico. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
1. Aceitação do estado de saúde	Condição em que o indivíduo reduz ou elimina barreiras, apreensões ou tensões, aceitando ou entendendo sua condição de saúde.	5	100%
2. Alucinação	Percepção de estímulos sensoriais que não estão efetivamente presentes e classificados de acordo com os sentidos, tais como alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis.	5	100%
3. Angústia	Sensação de opressão emocional seguido de mal-estar físico e psíquico que se manifesta por rubor ou palidez, suores ou secura das mucosas, taquicardia ou bradicardia e palpitações. Pode ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa e acompanhada por sentimento de dor intensa e severa, tristeza e angústia.	4	80%
4. Ansiedade	Desconforto físico e psíquico, pelo qual o indivíduo apresenta sensação difusa de apreensão, tensão e insegurança,	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
	acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança e sinais físicos como palpitação, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, pupilas dilatadas, voz trêmula e desconforto abdominal. Deve ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa.		
5. Atitude em relação ao regime terapêutico conflituosa	Condição de apresentar modelos e opiniões mentais conflituosas em relação ao regime de tratamento.	4	80%
6. Atitude familiar conflituosa (Negativa)	Situação em que familiares e pacientes não conseguem se adaptar a situação de doença e apresentam conflitos sociais, econômicos e emocionais.	5	100%
7. Autoimagem negativa	Concepção negativa da imagem mental de si mesmo.	5	100%
8. Baixa autoestima situacional	Desenvolvimento de percepção negativa da opinião sobre si mesmo, da visão do próprio valor e capacidades; verbalização negativas de crenças, confiança sobre si, autoaceitação e autolimitação, em resposta a uma situação atual (especificar).	5	100%
9. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico	Inaptidão física ou mental de estar responsável, ou dar uma ordem para alguém ou alguma coisa, sobre o plano terapêutico.	5	100%
10. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	Condição familiar diminuída de estar responsável, ou dar uma ordem para alguém ou alguma coisa, sobre o plano terapêutico.	5	100%
11. Comportamento de busca da saúde prejudicado	Falta de condição para identificar, utilizar, gerenciar e assegurar recursos de atenção à saúde; modos inaceitáveis para solicitar e obter assistência para promoção da saúde.	5	100%
12. Cognição prejudicada	Processo intelectual negativo, dificultando a aquisição de um conhecimento, envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio, e memória, atenção, juízo, imaginação, linguagem e ação.	5	100%
13. Confusão	Pensamento distorcido com alienação mental, transitória ou permanente com memória prejudicada e desorientação em relação à pessoa, lugar e tempo. Perda de todo o raciocínio claro e preciso e perturbação de ideias.	5	100%
14. Déficit de autocuidado	Falta de cuidado em si no que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
	e lidar com necessidades básicas individuais e íntimas e atividades da vida diária.		
15. Delírio	Estado em que o indivíduo apresenta confusão mental intensa e súbita, acompanhada por distúrbios da consciência e de excitação psicomotora que ocorrem em caso de doença física ou mental.	5	100%
16. Depressão	Sentimento de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda do apetite e insônia.	5	100%
17. Desesperança	Ausência de esperança onde um indivíduo se encontra em desespero e não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou quando as enxerga, é incapaz de mobilizar energias a seu favor.	5	100%
18. Identidade pessoal perturbada	Alteração na percepção de ideias, sentimentos, valor, capacidades, limitações e atitudes sobre a própria identidade.	5	100%
19. Medo	Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, com ou sem razão fundamentada, por vezes acompanhado de luta psicológica ou resposta de fuga.	5	100%
20. Não adesão ao regime terapêutico	Decisão tomada pela própria pessoa para não aceitar as orientações da equipe, discordando do regime terapêutico, não tomando os medicamentos como orientado, não pegando os medicamentos na data devida e não demonstrando internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde.	5	100%
21. Negação	Condição de negar ou evitar conhecer sobre a doença ou estado de saúde a fim de minimizar a ansiedade ou conflito.	5	100%
22. Parentalidade prejudicada	Falta de condição física ou mental de assumir as responsabilidades de serem pais e conduzir a situação, devido à condição de saúde vivenciada.	5	100%
23. Percepção alterada	Alteração na capacidade de assimilar através dos sentidos ou da inteligência o registro mental consciente de um estímulo;	5	100%
24. Processo de luto antecipado	Antecipação do sentimento de enorme tristeza de uma possível perda ou morte, real ou antecipada; seguida de reações de aflição e luto, choro ou soluços, alarme, descrença, negação e raiva apresentados precocemente	5	100%
25. Processo familiar	Dificuldade nas interações ou padrões de	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
prejudicado	relacionamento entre os membros da família.		
26. Tristeza crônica	Sentimentos de pesar, melancolia associada à falta de energia por um longo período de tempo.	5	100%
27. Enfrentamento familiar prejudicado	Comportamento familiar ineficaz para enfrentar a doença, gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico.	5	100%
28. Enfrentamento prejudicado	Comportamento individual ineficaz para enfrentar a doença, gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico.	5	100%
29. Impotência (falta de poder)	Impossibilidade física ou moral de controle sobre uma situação atual ou acontecimento imediato.	5	100%

E por fim, o quadro demonstrativo dos resultados da avaliação das definições operacionais classificadas por Aspecto/Conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica.

Quadro 7 – Análise da validação da definição operacional dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados por aspecto da dor oncológica – Aspecto/Conforto sociocultural e espiritual. João Pessoa, PB, 2016.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concor- dância	%
1. Crenças culturais conflituosas	Conflitos na convicção pessoal baseada nos próprios valores culturais.	5	100%
2. Falta de apoio social	Ausência de apoio da sociedade ou entidades sociais.	5	100%
3. Falta de conhecimento sobre doença	Condição em que o paciente não apresenta informação ou habilidades aprendidas sobre a doença, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas sobre a doença.	4	80%
4. Falta de conhecimento sobre regime terapêutico	Condição em que o paciente não apresenta informação ou habilidades aprendidas sobre a doença, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas sobre o regime terapêutico.	4	80%
5. Isolamento social	Sentimento de preservação da privacidade, por meio do afastamento	5	100%

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definições operacionais	Nº de concordância	%
	social.		
6. Risco de desamparo	Risco de apresentar falta de auxílio ou de proteção, de ser abandonado no decorrer do processo patológico, tanto pela família quanto pelo meio social em que vive.	5	100%
7. Socialização prejudicada	Desenvolvimento da consciência e comportamento prejudicado na troca social mútua e na participação em atividades sociais de cooperação para com os indivíduos de uma comunidade	4	80%
8. Sofrimento espiritual	Sentimentos prolongados de grande tristeza, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, de origem espiritual, relacionado com sua religião e devoção.	5	100%
9. Sofrimento moral	Sentimentos prolongados de grande tristeza, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras de origem moral, relacionado ao que é certo ou errado, o bem e o mal.	5	100%
10. Risco de sofrimento espiritual	Risco de apresentar sentimentos prolongados de grande tristeza, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, de origem espiritual, relacionado com a religião e devoção.	5	100%
11. Risco de sofrimento moral	Risco de apresentar sentimentos prolongados de grande tristeza, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras de origem moral, relacionado ao que é certo ou errado, o bem e o mal.	5	100%

Depois de avaliados, todos os itens atingiram um índice de concordância de no mínimo 80% sendo considerados válidos. Com este resultado, observa-se que os itens foram claramente elaborados e contemplaram o grau de abrangência de definições para o campo da prática.

5.3 Construção dos itens

O instrumento foi construído, contendo os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, distribuídos por aspectos/conforto físicos, com 28 diagnósticos e 120 intervenções, aspectos/conforto psicológicos 29 diagnósticos e 90 intervenções e aspecto/conforto sociocultural e espiritual com 11 diagnósticos e 42 intervenções de enfermagem. É importante ressaltar que algumas das intervenções atendem a mais de um diagnóstico e se repetem no instrumento, o qual, para análise dos especialistas, se intitulava “Instrumento de validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para paciente com dor oncológica” e uma breve apresentação com um texto que explica como responder.

5.4 Análise semântica dos itens

Concluída a fase de elaboração, avaliação e validação das definições operacionais dos enunciados de diagnóstico de enfermagem, foi construída a versão final do instrumento incluindo as intervenções de enfermagem e encaminhado a um grupo de enfermeiros que procederam com a validação semântica. Segundo Pasquali (2003), a validação semântica é parte imprescindível para o processo de validação de escalas psicológicas; tem como objetivo uma avaliação de compreensão dos itens (GALDEANO et al., 2011), esta avaliação deve ser feita por um grupo de menor habilidade da população alvo e um grupo de especialistas (PAQUALI, 1998).

5.4.1 Análise dos Dados da Validação semântica dos itens

Contribuíram para a conclusão dessa fase oito participantes (enfermeiros)-quatro peritos da prática em oncologia e quatro enfermeiros não atuantes na área oncológica. Dos quatro peritos participantes, um trabalha com cuidados paliativos, dois, com enfermagem oncológica clínica, e um, em ambulatório de oncologia. Eles foram selecionados com base nos seguintes critérios: a área de atuação, deveriam ter Mestrado ou Especialização na área de Oncologia e/ou terminologia e/ou tempo de experiência na

área de Oncologia de, no mínimo, três anos. O critério adotado para os outros quatro foi o de não trabalhar em oncologia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Essa etapa ocorreu em março de 2015, quando os participantes receberam um instrumento (APÊNDICE F) com as respostas dicotômicas para que eles avaliassem se as alternativas estavam compreensíveis e se retratavam de fato o que estava proposto a medir. Os respondentes foram orientados a responder NÃO, para os itens que julgassem duvidosos ou incompreensíveis, tendo em vista que as afirmativas devem ter um alto índice de entendimento. A pesquisadora estava presente nesse momento, ouvindo e anotando as observações dos respondentes se as tivesse.

Todos os participantes que avaliaram o instrumento não julgaram nenhum item incompreensível e deram opinião sobre a estruturação, quanto à clareza, à objetividade, à simplicidade, à precisão na redação dos itens e à organização. Houve concordância unânime sobre aqueles itens. Assim, o instrumento foi considerado aplicável à população a que se destina - os enfermeiros da prática clínica.

5.5 Validação de conteúdo por enfermeiras atuantes na prática clínica

Após a conclusão do processo de construção do instrumento (APÊNDICE G), o produto foi encaminhado a um grupo maior de enfermeiras que atuavam na prática clínica para avaliar se os enunciados dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem são aplicáveis ou não na prática clínica na assistência ao paciente com dor oncológica.

Esse grupo foi constituído de enfermeiros, que foram selecionados por amostragem intencional, que consideramos como *experts* atuantes na prática clínica oncológica, quer seja em ambulatório, cuidados paliativos, oncologia clínica ou cirúrgica, desde que prestassem cuidados ao paciente oncológico e ~~aceitassem participar da pesquisa~~. Essa diversidade de locais de atuação foi aplicada com a expectativa de dar uma contribuição considerável para a avaliação dos itens.

Os critérios utilizados defendem a ideia de que são enfermeiros especialistas os que desenvolvem habilidades, compreendem a assistência ao paciente e associam uma base educacional a uma imensidão de experiências clínicas (BRYKCZYNSKI, 2002). Assim, foram excluídos os enfermeiros que trabalhavam em pediatria oncológica. Nessa fase, não foram usados critérios de expertises, porque entendemos que o produto final desta pesquisa deverá ser utilizado na prática por todos os enfermeiros atuantes.

Os instrumentos foram entregues a 40 enfermeiros, que se propuseram a responde-los, e que foram escolhidos por meio do conhecimento da pesquisadora e da indicação de alguns. Por meio desse processo, retornaram 22 instrumentos, dos quais, quatro foram descartados: um porque o respondente marcou a resposta NÃO em todas as alternativas, e três devolveram incompletos, portanto, ficaram 18 instrumentos, 45% de material processável. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Esse processo se deu entre os meses de Abril a Junho de 2015.

5.5.1 Análise dos dados da validação por enfermeiras atuantes na prática clínica

Em posse dos instrumentos respondidos, os dados foram codificados e digitados em uma planilha do *aplicativo Microsoft Excel®* 2010, após esse processo, as variáveis foram inseridas em um banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para *Windows*.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, empregando o teste de hipótese que é um procedimento de inferência estatística com o propósito de decidir se existe comprovação suficiente para rejeitar uma hipótese nula, representada por H_0 , em detrimento a uma hipótese alternativa, representada por H_1 (NAGHETTINI; PINTO, 2007).

Para esta análise foi considerado como hipótese nula **H_0** : o diagnóstico/resultado de enfermagem é adequado para o paciente com dor oncológica, e como hipótese alternativa **H_1** : o diagnósticos/resultado de enfermagem não é adequado para o paciente com dor oncológica.

O nível de significância (α) é um valor pré fixado e neste estudo o adotado foi de 5%, é o nível de probabilidade máxima com que desejamos correr o risco de um erro do tipo I. As hipóteses foram estudadas e analisadas levando em consideração um intervalo de confiança de 95%.

O valor-p é a probabilidade de observação de um valor da estatística de teste maior ou igual ao encontrado. Geralmente o valor de corte para rejeitar a hipótese nula é de 0,05, significando que, não havendo nenhuma diferença, um valor muito extremo para a estatística de teste é esperado em menos de 5% das vezes (FERREIRA; PATINO, 2015).

Como utilizamos um valor de corte de 0,05 para o valor-p, conclui-se que a decisão foi: rejeitar H_0 se o valor p for menor ou igual a α (0,05) e não rejeitar caso o valor p fosse maior a α (0,05). Concomitante, foi examinado se a proporção de especialistas que indicariam como adequado cada critério era superior ou igual a 90%.

Considerando a avaliação dos itens:

H_0 : Aceitar o diagnóstico/resultado de enfermagem como adequado para o paciente com dor oncológica

H1: Não aceitar o diagnóstico/resultado de enfermagem como adequado para o paciente com dor oncológica

Erro tipo I: Não aceitar o diagnóstico/resultado de enfermagem, mesmo que o índice especificado seja atingido.

Erro tipo II: Aceitar o diagnóstico/resultado de enfermagem mesmo que o índice especificado não seja atingido.

Quadro 8 – Exemplo de como avaliar corretamente as hipóteses. João Pessoa, 2016.

Julgamento	Caso	
	H0 verdadeira	H0 falsa
Não rejeitar H0	Decisão correta	Erro II
Rejeitar H0	Erro I	Decisão correta

A tomada de decisão deve seguir o padrão da margem de erro, se a hipótese atingir um grau de concordância deve ser aceita, para não incorrer no erro tipo II, se não houve um grau de concordância suficiente, a hipótese deve ser rejeitada, para não incidir em um erro tipo I.

5.5.1.1 Análise dos Conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem

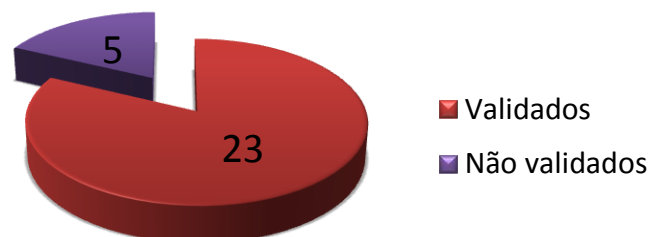
A análise foi realizada por meio do processo descrito. Foi construída uma tabela para cada aspecto da dor oncológica para a obtenção do conforto.

Tabela 1 - Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica				
Diagnósticos de enfermagem	n	%	z	Valor-p
1. Comunicação prejudicada	18	100,00	1,41	0,078
2. Constipação	17	94,44	0,62	0,264
3. Deglutição prejudicada	16	88,88	0,15	0,437
4. Dor aguda	17	94,44	0,62	0,264
5. Dor crônica	18	100,00	1,41	0,078
6. Edema	16	88,88	0,15	0,437
7. Sonolência	12	66,66	3,29	0,004
8. Fadiga	17	94,44	0,62	0,264
9. Falta de resposta ao tratamento	14	77,77	1,72	0,041
10. Hipertermia	17	94,44	0,62	0,264
11. Infecção	17	94,44	0,62	0,264
12. Ingestão nutricional prejudicada	17	94,44	0,62	0,264
13. Inquietação	17	94,44	0,62	0,264
14. Integridade da pele prejudicada	18	100,00	1,41	0,078
15. Membrana mucosa oral prejudicada	17	94,44	0,62	0,264
16. Mobilidade prejudicada	17	94,44	0,62	0,264
17. Náusea	17	94,44	0,62	0,264
18. Padrão do sono alterado	18	100,00	1,41	0,078
19. Respiração prejudicada	17	94,44	0,62	0,264
20. Pressão arterial alterada	15	83,33	0,94	0,172
21. Prurido	18	100,00	1,41	0,078
22. Repouso prejudicado	15	83,33	0,94	0,172
23. Retenção urinária	16	88,88	0,15	0,437
24. Risco de retenção urinária	13	72,22	2,51	0,005
25. Risco de constipação	17	94,44	0,62	0,264
26. Risco de infecção	15	83,33	0,94	0,172
27. Síndrome do desuso	13	72,22	2,51	0,005
28. Taquicardia	14	77,77	1,72	0,041

Para a obtenção do conforto físico, foram avaliados 28 diagnósticos de enfermagem dos quais foram validados 82,15% (23) dos diagnósticos não foram validados cinco (17,85%) diagnósticos de enfermagem.

Figura 11 - Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Os não validados (17,85%) dos diagnósticos de enfermagem, seguem em ordem crescente de discordância: Sonolência, Risco de retenção urinária, Síndrome do desuso, Falta de Resposta ao tratamento e Taquicardia e entre os validados 82,15% (23) dos diagnósticos, estão: Comunicação prejudicada, Dor crônica, Integridade da pele prejudicada, Padrão do sono alterado e Prurido, os que obtiveram 100% de concordância entre os juízes.

O diagnóstico de enfermagem Sonolência poderá passar a ser secundário se estiver relacionado como consequência da privação do sono causada pela presença de dor. Em se tratando de efeitos colaterais das medicações analgésicas, quando se administra o limite máximo da dose, corre-se o risco de aparecerem efeitos adversos excessivos e intoleráveis, como a sonolência, que o paciente desenvolve depois dos primeiros dias de uso de opioides, desenvolvem tolerância (HENNEMANN-KRAUSE, 2012), tem ligação com o diagnóstico de enfermagem Padrão do sono alterado, que foi validado. Para pacientes acometidos por câncer, o diagnóstico de enfermagem Risco de retenção urinária será excluído e ficará Retenção urinária, presente em muitas fases do tratamento da dor oncológica, principalmente pelo fato de o reflexo autônomo urinário sofrer inibição devido ao uso de medicamentos analgésicos. É importante ressaltar que, apesar de o diagnóstico de enfermagem Síndrome do desuso ser aplicável a pacientes imobilizados que apresentem risco de ter complicações decorrentes dessa acinesia (POTTER, 2014), não foi validado. Ressalta-se que, se a Mobilidade prejudicada for identificada e houver intervenção no diagnóstico de enfermagem, o paciente não evoluirá para aquele diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem Falta de resposta ao tratamento é observado quando o paciente não responde satisfatoriamente à terapêutica instituída, seja curativa ou paliativa. Nesse caso, a observação e a intervenção no tratamento devem ser vistas como uma rotina institucional. Quanto ao diagnóstico de enfermagem Taquicardia, deve estar vinculado a um quadro de dor aguda, e se este for cuidado, aquele será resolvido.

Quadro 9 - Avaliação do aspecto/conforto Físico da dor oncológica segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica	
Diagnósticos de enfermagem	Dimensão do conforto/Resultado
1. Comunicação prejudicada	Transcendência/Comunicação melhorada
2. Constipação	Alívio/Constipação melhorada
3. Deglutição prejudicada	Tranquilidade/Deglutição melhorada
4. Dor aguda	Alívio/Dor aguda melhorada
5. Dor crônica	Alívio/Dor crônica melhorada
6. Edema	Alívio/Edema melhorado ou ausente
7. Fadiga	Tranquilidade/Fadiga Melhorada
8. Hipertermia	Alívio/Normotermia
9. Infecção	Alívio/Ausência de Infecção
10. Ingestão nutricional prejudicada	Tranquilidade/Ingestão nutricional melhorada
11. Inquietação	Tranquilidade/Tranquilidade
12. Integridade da pele prejudicada	Alívio/Integridade da pele melhorada
13. Membrana mucosa oral prejudicada	Alívio/Membrana mucosa oral melhorada
14. Mobilidade prejudicada	Alívio/ Mobilidade melhorada
15. Náusea	Alívio/Náusea melhorada
16. Padrão do sono alterado	Tranquilidade/ Padrão do sono melhorado
17. Respiração prejudicada	Alívio/Respiração melhorada
18. Pressão arterial alterada	Alívio/Pressão arterial normal
19. Prurido	Alívio/Prurido melhorado
20. Repouso prejudicado	Transcendência/Repouso melhorado
21. Retenção urinária	Alívio/Retenção urinária ausente
22. Risco de constipação	Tranquilidade/Risco de constipação ausente
23. Risco de infecção	Tranquilidade/Ausência de Infecção

Os diagnósticos de enfermagem presentes no contexto de conforto físico devem mostrar em que dimensão ele se encontra depois de feitas as intervenções de enfermagem. Porém essa é uma avaliação individual, e o enfermeiro, ao avaliar o paciente, deve observar qual a dimensão que ele atinge, que poderá ser mais de uma no decorrer da assistência. Nesse contexto, predomina a dimensão de conforto **Alívio**, a mais empregada como resultado do contexto físico da dor, com o mesmo significado de conforto.

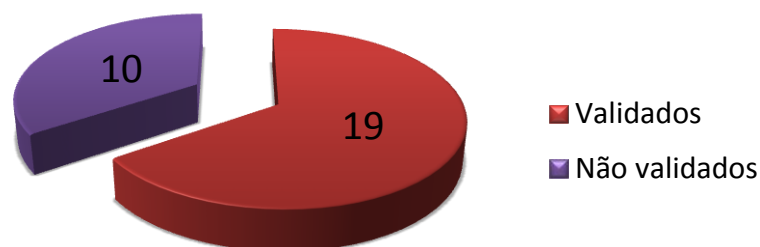
Tabela 2 - Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto Psicológico da Dor Oncológica				
Diagnósticos de enfermagem	n	%	z	Valor-p
1. Aceitação do estado de saúde	16	88,88	0,15	0,437
2. Alucinação	14	77,77	1,72	0,041
3. Angústia	17	94,44	0,62	0,264
4. Ansiedade	18	100,00	1,41	0,078

5. Atitude em relação ao regime terapêutico conflituosa	16	88,88	0,15	0,437
6. Atitude familiar conflituosa (Negativa)	16	88,88	0,15	0,437
7. Autoimagem negativa	17	94,44	0,62	0,264
8. Baixa autoestima situacional	17	94,44	0,62	0,264
9. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico	14	77,77	1,72	0,041
10. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	15	83,33	0,94	0,172
11. Comportamento de busca da saúde prejudicado	14	77,77	1,72	0,041
12. Cognição prejudicada	14	77,77	1,72	0,041
13. Confusão	15	83,33	0,94	0,172
14. Déficit de autocuidado	15	83,33	0,94	0,172
15. Delírio	14	77,77	1,72	0,041
16. Depressão	18	100,00	1,41	0,078
17. Desesperança	16	88,88	0,15	0,437
18. Identidade pessoal perturbada	11	61,11	4,08	2,205
19. Medo	17	94,44	0,62	0,264
20. Não adesão ao regime terapêutico	15	83,33	0,94	0,172
21. Negação	15	83,33	0,94	0,172
22. Parentalidade prejudicada	12	66,66	3,29	0,004
23. Percepção alterada	14	77,77	1,72	0,041
24. Processo de luto antecipado	16	88,88	0,15	0,437
25. Processo familiar prejudicado	15	83,33	0,94	0,172
26. Tristeza crônica	15	83,33	0,94	0,172
27. Enfrentamento familiar prejudicado	14	77,77	1,72	0,041
28. Enfrentamento prejudicado	16	88,88	0,15	0,437
29. Impotência (falta de poder)	9	50,00	5,65	7,710

No aspecto/conforto psicológico da dor oncológica, foram julgados 29 (vinte e nove) diagnósticos de enfermagem, dos quais, 19 (65,50%) foram considerados válidos, e 10 (34,50 %), eliminados.

Figura 12 - Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Dentre os 10 (34,50 %), eliminados estão: Alucinação, Capacidade diminuída de gerenciar o plano terapêutico, Comportamento de busca da saúde prejudicado, Cognição prejudicada, Delírio, Identidade pessoal perturbada, Parentalidade prejudicada,

Percepção alterada, Enfrentamento familiar prejudicado, Impotência (falta de poder). Apenas dois DE obtiveram um índice de 100% de concordância: Ansiedade e Depressão.

Avaliar o aspecto psicológico da dor oncológica não é uma tarefa fácil, porquanto, diversas vezes, queremos desvinculá-la e analisá-la distintamente do aspecto físico. Seguindo a afirmação de que a psique habita o corpo físico, conclui-se que a dor física também apresenta uma lesão psíquica, isto é, dor da alma, e tanto o ser humano que apresenta uma dor física, quanto o que apresenta uma dor psíquica ficam em estado de abandono psicológico (BARRETO, 2013).

O quadro a seguir demonstra a avaliação da dimensão do conforto obtida após a implementação das intervenções de enfermagem e os resultados esperados.

Quadro 10 - Avaliação do aspecto/conforto Psicológico da dor oncológica segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto Psicológico da Dor Oncológica	
Diagnósticos de enfermagem	Dimensão do conforto/Resultados
1. Aceitação do estado de saúde	Tranquilidade/ Busca de estado de saúde
2. Angústia	Transcendência/ Angústia melhorada
3. Ansiedade	Alívio/ Ansiedade melhorada
4. Atitude em Relação ao Regime Terapêutico Conflituosa	Tranquilidade/ Atitude em Relação ao Regime Terapêutico Conflituosa melhorada
5. Atitude Familiar Conflituosa (Negativa)	Tranquilidade/ Atitude Familiar Conflituosa melhorada
6. Autoimagem negativa	Transcendência/ Autoimagem positiva
7. Baixa autoestima situacional	Tranquilidade /Melhora na autoestima
8. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	Tranquilidade/ Capacidade familiar aumentada para gerenciar o plano terapêutico
9. Confusão	Alívio/ Confusão melhorada
10. Déficit de autocuidado	Tranquilidade/ Déficit de autocuidado melhorado
11 Depressão	Alívio/ Depressão ausente
12. Desesperança	Transcendência/ Desesperança ausente
13. Medo	Transcendência/ Medo ausente
14. Não adesão ao regime terapêutico	Tranquilidade/ Adesão ao regime terapêutico
15. Negação	Tranquilidade/Ausência de negação
16. Processo de luto antecipado	Tranquilidade/ Ausência do processo de luto antecipado
17. Processo familiar prejudicado	Tranquilidade/ Processo familiar melhorado
18. Tristeza crônica	Transcendência /Aceitar a condição de saúde
19. Enfrentamento prejudicado	Tranquilidade/ Enfrentamento melhorado

O quadro demonstra que embora apareça a dimensão de Alívio, há uma predominância das dimensões de **Transcendência** e **Tranquilidade**, por serem intimamente ligadas ao estado psicológico do ser humano.

A próxima tabela refere-se a avaliação dos diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica.

Tabela 3 - Avaliação do índice de concordância dos itens de diagnósticos de enfermagem no aspecto/conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos/Contexto Socioculturais e Espirituais				
Diagnósticos de enfermagem	n	%	z	Valor-p
1. Crenças Culturais Conflituosas	15	83,33	0,94	0,172
2. Falta de apoio social	16	88,88	0,15	0,437
3. Falta de conhecimento sobre doença	16	88,88	0,15	0,437
4. Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	15	83,33	0,94	0,172
5. Isolamento social	16	88,88	0,15	0,437
6. Risco de desamparo	12	66,66	3,29	0,004
7. Socialização prejudicada	12	66,66	3,29	0,004
8. Risco de sofrimento espiritual	13	72,22	2,51	0,005
9. Sofrimento espiritual	16	88,88	0,15	0,437
10. Sofrimento moral	13	72,22	2,51	0,005
11. Risco para sofrimento moral	13	72,22	2,51	0,005

Em relação ao aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica, foram analisados onze diagnósticos de enfermagem, dos quais seis (54,54%) foram considerados válidos, e cinco (45,46%) não válidos.

Figura 13 - Diagnósticos/Resultados de enfermagem do aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Dos diagnósticos de enfermagem não validados, dois merecem especial atenção: **Risco de desamparo**, que se configura, principalmente, quando a possibilidade de um rompimento definitivo atinge um sentido muito traumático e interfere na elaboração de uma situação de separação (SALES; CECARRELI, 2012) - convém lembrar que o paciente acometido de câncer hospitalizado é refém da própria condição, e o rompimento com o convívio social e familiar acontece e é doloroso para quem vive essa

experiência - e **Socialização prejudicada**, porque a socialização integra a condução das experiências individuais de dor e de como o paciente irá lidar com a sensação dolorosa. Por essa razão, a família desempenha um papel de suma importância no quadro de manutenção dessa dor, e quando algum dos seus membros é acometido ou incapacitado pela dor, surgem os conflitos, por causa da quebra do desempenho de papéis (TEIXEIRA, 2006) defende o pressuposto de que o raciocínio diagnóstico faz parte da avaliação do enfermeiro, e até os não validados podem fazer parte do cuidado dispensado ao paciente.

Kolcaba (2003) afirma que as necessidades de conforto dos pacientes são conduzidas por expectativas e normas culturais que delineiam o que é importante. Por isso, acreditamos que os pacientes esperam por cuidados de saúde que sejam eficazes individualizados, culturalmente sensíveis e completos.

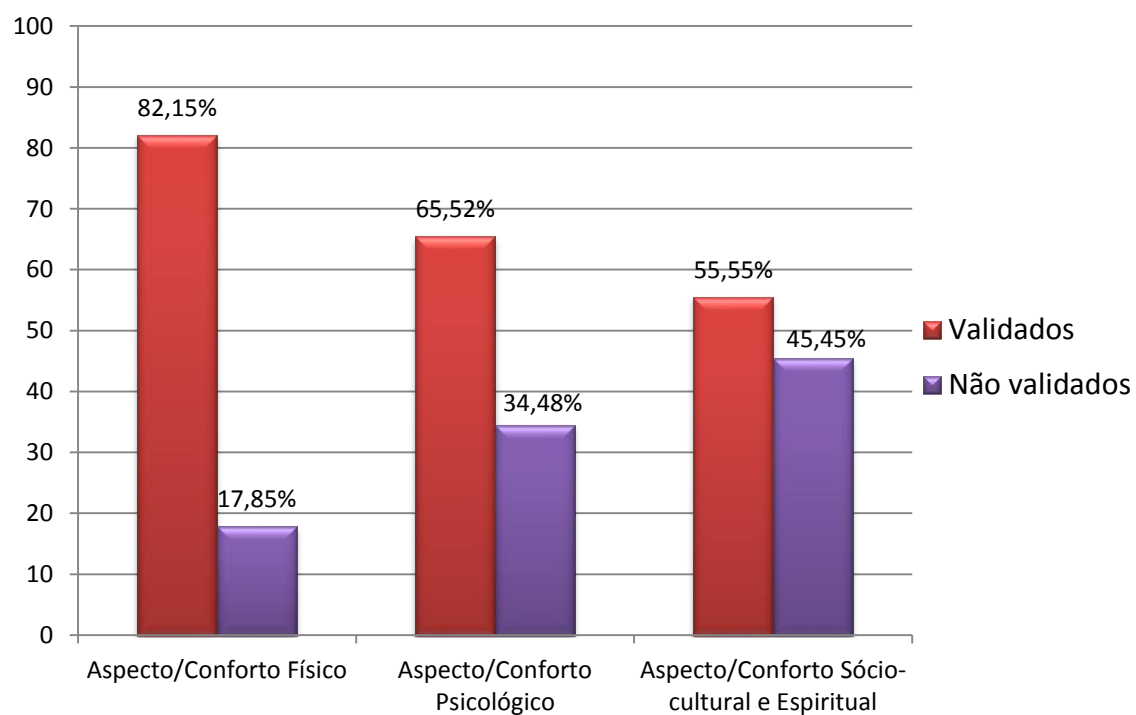
O quadro a seguir contempla os resultados esperados e a dimensão de conforto obtidas após as intervenções de enfermagem realizadas.

Quadro 11 - Avaliação do aspecto/conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica segundo as dimensões do conforto/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto Sociocultural e Espiritual da Dor Oncológica	
Diagnósticos de enfermagem	Dimensão do conforto/Resultados
1. Crenças Culturais Conflituosas	Transcendência/ Crenças Culturais Conflituosas ausentes
2. Falta de apoio social	Tranquilidade/ Apoio social
3. Falta de conhecimento sobre doença	Tranquilidade/ Conhecimento sobre doença
4. Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	Tranquilidade/ conhecimento sobre o regime terapêutico
5. Isolamento social	Tranquilidade/ Isolamento Social ausente
6. Sofrimento espiritual	Tranquilidade/ Sofrimento espiritual ausente

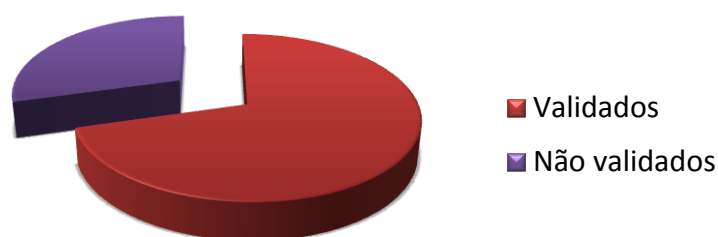
Em relação aos diagnósticos de enfermagem aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica, predomina o estado de tranquilidade. Ressalte-se que nenhum desses quadros de avaliação do nível de conforto foi validado, o que sugere um estudo posterior.

Figura 14 – Consolidado da validação dos Diagnósticos/Resultados de enfermagem nos aspecto/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



O quadro demonstra que entre os diagnósticos de enfermagem validados, houve uma predominância do aspecto/conforto físico da dor oncológica, revelando ainda o domínio do modelo biomédico.

Figura 15 – Percentual dos Diagnósticos de Enfermagem para Dor oncológica validados e não validados. João Pessoa, 2016.



De um total de 68 diagnósticos de enfermagem, foram validados 48 conceitos, isto é, 70,58% dos itens contidos no instrumento; 20 (29,42%) não foram validados. Destes, 47,91% pertencem ao aspecto físico, 39,58% ao aspecto psicológico e 12,5% ao aspecto sociocultural e espiritual.

Essa etapa corrobora a construção do Subconjunto com itens avaliados e válidos, cujo resultado alcançado viabiliza sua validação clínica. Há um número maior de diagnósticos validados no aspecto/conforto físico, o que demonstra uma tendência ao modelo biomédico. O ideal é que o enfermeiro, por estar mais próximo ao paciente, proporcione uma assistência nos âmbitos psicossocial, religioso, físico e farmacológico e demonstre que compreende as sensações do paciente, passando-lhe segurança e um meio para que a dor possa ser controlada. Assim, estará colaborando com o tratamento e com a vida social do mesmo (MATOS et al., 2015).

Procedeu-se à análise da consistência interna do instrumento como meio para avaliar sua confiabilidade. Para isso, utilizou-se o teste estatístico e o alpha de Cronbach, devido à sua capacidade de refletir o grau de concordância dos itens entre si e de determinar que, quanto mais próximo do valor 1 o coeficiente, mais próximo de 100% será a correspondência dos itens (ROSSETTO; MARTINS; MEJIAS, 2011).

Tabela 4 – Validação da consistência interna dos itens dos conceitos de diagnósticos de enfermagem do instrumento. João Pessoa, 2016.

Aspectos do instrumento	<i>Alpha</i>	IC a 95%
Físico (AF)	0,875	0,775 a 0,945
Psicológico (AP)	0,937	0,887 a 0,972
Sócio cultural (ASC)	0,881	0,780 a 0,948
Instrumento	0,965	0,938 a 0,985

Observa-se que a medida *Alpha de Cronbach* para o instrumento e para cada um de seus aspectos foi determinada e os valores encontrados estão todos acima de 0,80 mostrando boa validação interna para o instrumento como também para cada um de seus aspectos.

5.5.1.2 Análise das Intervenções de Enfermagem

Neste item, prossegue-se então a análise das intervenções de enfermagem, a qual seguiu com a elaboração de uma tabela para cada aspecto da dor oncológica para a obtenção do conforto, seguindo os mesmos critérios descritos no início do capítulo.

Tabela 5 - Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
1. Identificar barreiras na comunicação	17	94,44	0,62	0,265
2. Acalmar o paciente	16	88,88	0,15	0,438
3. Adequar a dieta ao estilo de vida do paciente	14	77,77	1,72	0,042
4. Administrar analgésicos tópicos	15	83,33	0,94	0,173
5. Administrar antialérgicos	17	94,44	0,62	0,265
6. Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada	17	94,44	0,62	0,265
7. Aplicar compressas geladas em virilhas e axilas se adequado	14	77,77	1,72	0,042
8. Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia	18	100,00	1,41	0,079
9. Atentar para bradipneia	16	88,88	0,15	0,438
10. Auxiliar na mobilidade no leito	17	94,44	0,62	0,265
11. Auxiliar o paciente a posicionar-se com a	14	77,77	1,72	0,042

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir				
12. Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar	16	88,88	0,15	0,438
13. Avaliar causa do padrão do sono alterado;	18	100,00	1,41	0,079
14. Avaliar causa do prurido	17	94,44	0,62	0,265
15. Avaliar causas da ingestão nutricional prejudicada	17	94,44	0,62	0,265
16. Avaliar controle da dor	17	94,44	0,62	0,265
17. Avaliar cuidados com a higiene	15	83,33	0,94	0,173
18. Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação	18	100,00	1,41	0,079
19. Avaliar estado neurológico	15	83,33	0,94	0,173
20. Avaliar o grau de ruptura da pele	18	100,00	0,94	0,079
21. Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais	17	94,44	0,62	0,265
22. Avaliar resposta à medicação	17	94,44	0,62	0,265
23. Avaliar susceptibilidade para infecção	12	66,66	3,30	0,000
24. Comunicar alterações	16	88,88	0,15	0,438
25. Controlar esforço do paciente	12	66,66	3,30	0,000
26. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura do ambiente, ruído, iluminação)	17	94,44	0,62	0,265
27. Determinar o efeito dos medicamentos sobre o sono	17	94,44	0,62	0,265
28. Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sociocultural do paciente	18	100,00	1,41	0,079
29. Eliminar a causa da dor	13	72,22	2,51	0,006
30. Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas como: hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, aplicação de calor ou frio e massagem, ante e após atividades dolorosas	16	88,88	0,15	0,438
31. Ensinar técnicas não farmacológicas como musicoterapia e relaxamento no tratamento da náusea	15	83,33	0,94	0,173
32. Estimular a respiração profunda e lenta	14	77,77	1,72	0,042
33. Estimular dietas laxativas	17	94,44	0,62	0,265
34. Estimular ingestão hídrica	17	94,44	0,62	0,265
35. Estimular o repouso satisfatório	15	83,33	0,94	0,173
36. Evitar alimentos quentes e condimentados	17	94,44	0,62	0,265
37. Fazer massagem que possibilite o fluxo linfático	12	66,66	3,30	0,000
38. Garantir dieta rica em fibras	14	77,77	1,72	0,042
39. Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado	15	83,33	0,94	0,173
40. Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos	18	100,00	1,41	0,079
41. Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição	17	94,44	0,62	0,265
42. Identificar causas da dor	18	100,00	1,41	0,079
43. Identificar causas de constipação	15	83,33	0,94	0,173
44. Identificar e controlar fatores que levam o	17	94,44	0,62	0,265

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação				
45. Identificar fatores que possam contribuir para a constipação	15	83,33	0,94	0,173
46. Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea	18	100,00	1,41	0,079
47. Identificar questões culturais que interfiram na comunicação	17	94,44	0,62	0,265
48. Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente(PCA), se apropriado	16	88,88	0,15	0,438
49. Instituir medidas para estimular a diurese, como compressas supra púbicas e lavagem íntima	16	88,88	0,15	0,438
50. Instituir precauções de acordo com a instituição	17	94,44	0,62	0,265
51. Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor	17	94,44	0,62	0,265
52. Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor	16	88,88	0,15	0,438
53. Isolar o paciente se necessário	17	94,44	0,62	0,265
54. Lavar as mãos antes e após manusear o paciente	16	88,88	0,15	0,438
55. Manter ambiente calmo e livre de ruídos	17	94,44	0,62	0,265
56. Manter a higiene da pele	16	88,88	0,15	0,438
57. Manter higiene oral	16	88,88	0,15	0,438
58. Manter controle da pressão sanguínea	14	77,77	1,72	0,042
59. Manter lençóis limpos e lisos	16	88,88	0,15	0,438
60. Manter mucosa oral hidratada	17	94,44	0,62	0,265
61. Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas	16	88,88	0,15	0,438
62. Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras	17	94,44	0,62	0,265
63. Mobilizar o paciente no leito, se adequado	17	94,44	0,62	0,265
64. Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor	14	77,77	1,72	0,042
65. Monitorar diminuição do nível de consciência	14	77,77	1,72	0,042
66. Monitorar estado respiratório quanto à frequência ritmo, profundidade e esforço	16	88,88	0,15	0,438
67. Monitorar ingestão e eliminação	13	72,22	2,51	0,006
68. Monitorar o fechar dos lábios durante os atos de beber, comer e engolir	13	72,22	2,51	0,006
69. Monitorar risco para convulsões	14	77,77	1,72	0,042
70. Monitorar ruídos hidroaéreos	12	66,66	3,30	0,000
71. Monitorar sinais e sintomas de aspiração	16	88,88	0,15	0,438
72. Monitorar sinais e sintomas de infecção	15	83,33	0,94	0,173
73. Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro	18	100,00	1,41	0,079
74. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário	15	83,33	0,94	0,173
75. Oferecer suporte ventilatório se necessário	17	94,44	0,62	0,265
76. Orientar quanto ao consumo de pequenas quantidades de alimentos	16	88,88	0,15	0,438
77. Orientar sobre métodos farmacológicos de	17	94,44	0,62	0,265

Aspecto/Conforto físico da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
alívio da dor				
78. Pesquisar o paciente diariamente em jejum	12	66,66	3,30	0,000
79. Prevenir infecção cruzada	15	83,33	0,94	0,173
80. Promover a ingestão nutricional adequada	14	77,77	1,72	0,042
81. Promover higiene oral frequentemente	17	94,44	0,62	0,265
82. Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente	15	83,33	0,94	0,173
83. Proporcionar ambiente calmo	16	88,88	0,15	0,438
84. Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura	18	100,00	1,41	0,079
85. Proporcionar repouso ao paciente	16	88,88	0,15	0,438
86. Proporcionar privacidade na hora da eliminação	16	88,88	0,15	0,438
87. Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono com a execução do plano de cuidados	17	94,44	0,62	0,265
88. Providenciar equipamento de segurança	17	94,44	0,62	0,265
89. Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada	18	100,00	0,94	0,079
90. Realizar mudança de decúbito	17	94,44	0,62	0,265
91. Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência dolorosa (medo, fadiga, monotonia e falta de informação);	15	83,33	0,94	0,173
92. Remover a impactação fecal manualmente, se necessário	14	77,77	1,72	0,042
93. Sondagem vesical de alívio se necessário	16	88,88	0,15	0,438
94. Usar mecânica corporal para posicionamento	14	77,77	1,72	0,042
95. Verificar a temperatura sempre que solicitado	14	77,77	1,72	0,042
96. Verificar alergias	16	88,88	0,15	0,438
97. Verificar diariamente a pele do paciente	17	94,44	0,62	0,265
98. Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia	13	72,22	2,51	0,006

Para analisar as intervenções de enfermagem, foi utilizado o índice de 90%. Consideraram-se válidas todas as afirmativas que obtiveram um valor P superior a 0,05. Eram 120 itens de intervenções de enfermagem. Os doze repetidos foram retirados, e dez, eliminados junto com os seguintes diagnósticos que não foram validados na etapa anterior: Avaliar efeitos colaterais da medicação; Avaliar efeitos terapêuticos dos analgésicos prescritos; Monitorar risco de depressão respiratória; Manter repouso no leito; Estimular o movimento do membro dolorido; Estimular o paciente a esvaziar a bexiga frequentemente; Diferenciar sonolência do paciente; Controlar a dor; Solicitar mudança de esquema terapêutico, se necessário, e Proporcionar sono e repouso ao paciente. Restaram 98 itens a serem avaliados. Dos quais 77 (78,6%) foram validados, e 21 (21,4%) não foram validados porque não atingiram o índice estabelecido.

Figura 16 - Intervenções de enfermagem do aspecto/conforto físico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Das 120 (100,0%) intervenções de enfermagem constantes no Subconjunto terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica, em relação ao aspecto/conforto físico, 43 (35,84%) foram eliminadas, destas, 22 foram eliminadas junto com os diagnósticos que não foram validados na etapa anterior, e 77 (64,16%), validadas.

Tabela 6 - Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

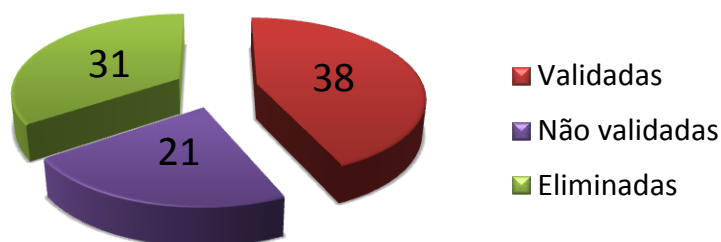
Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
1. Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto	16	88,88	0,15	0,438
2. Assistir ao paciente até que esteja apto a executar o autocuidado	15	83,33	0,94	0,173
3. Atentar para o risco de suicídio	17	94,44	0,62	0,265
4. Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de doença	16	88,88	0,15	0,438
5. Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso	15	83,33	0,94	0,173
6. Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico	15	83,33	0,94	0,173
7. Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico	15	83,33	0,94	0,173
8. Avaliar conhecimento do paciente	14	77,77	1,72	0,042
9. Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos	15	83,33	0,94	0,173
10. Avaliar risco de drogadição	13	72,22	2,51	0,006
11. Demonstrar técnicas de relaxamento	16	88,88	0,15	0,438
12. Eliminar causas do medo	15	83,33	0,94	0,173
13. Encaminhar o paciente para o aconselhamento se adequado	14	77,77	1,72	0,042
14. Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado	17	94,44	0,62	0,265

Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
15. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo	17	94,44	0,62	0,265
16. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo	17	94,44	0,62	0,265
17. Esclarecer atitudes de conflito da família	16	88,88	0,15	0,438
18. Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento	15	83,33	0,94	0,173
19. Estimular a musicoterapia	16	88,88	0,15	0,438
20. Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo	16	88,88	0,15	0,438
21. Estimular o autocuidado de acordo com a capacidade do paciente	16	88,88	0,15	0,438
22. Estimular o diálogo e o choro como meios de diminuir a resposta emocional	14	77,77	1,72	0,042
23. Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário	15	83,33	0,94	0,173
24. Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida	15	83,33	0,94	0,173
25. Estimular pensamento positivo	16	88,88	0,15	0,438
26. Evitar comentários negativos	17	94,44	0,62	0,265
27. Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente	16	88,88	0,15	0,438
28. Garantir apoio psicológico	16	88,88	0,15	0,438
29. Garantir continuidade do cuidado	18	100,00	1,41	0,079
30. Garantir terapia psicológica com profissional adequado	15	83,33	0,94	0,173
31. Identificar fatores que interferem na autoimagem	16	88,88	0,15	0,438
32. Implementar costumes culturais, religiosos e sociais no processo de perda	13	72,22	2,51	0,006
33. Manter ambiente seguro	16	88,88	0,15	0,438
34. Manter ambiente seguro	13	72,22	2,51	0,006
35. Manter atitude em relação à doença	12	66,66	3,30	0,000
36. Monitorar estado psicológico	13	72,22	2,51	0,006
37. Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico	17	94,44	0,62	0,265
38. Oferecer orientação ao paciente	14	77,77	1,72	0,042
39. Oferecer uma rotina de atividades de autocuidado	14	77,77	1,72	0,042
40. Orientar família sobre a doença	16	88,88	0,15	0,438
41. Orientar familiares quanto à doença e tratamento do paciente	14	77,77	1,72	0,042
42. Orientar o paciente quanto a técnicas de relaxamento	18	100,00	1,41	0,079
43. Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e possibilidades de melhora	13	72,22	2,51	0,006
44. Orientar quanto ao processo de morrer	14	77,77	1,72	0,042
45. Orientar quanto ao regime terapêutico	15	83,33	0,94	0,173
46. Orientar terapia de orientação para a realidade	13	72,22	2,51	0,006
47. Orientar, de acordo com o nível social, as diretrizes do regime terapêutico	14	77,77	1,72	0,042
48. Promover aceitação da doença	14	77,77	1,72	0,042
49. Promover apoio explicando as funções de	13	72,22	2,51	0,006

Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor-p
raiva, frustrações e tristeza para o paciente				
50. Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos	15	83,33	0,94	0,173
51. Promover capacidade para gerenciar o plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	15	83,33	0,94	0,173
52. Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente	14	77,77	1,72	0,042
53. Propiciar uma atmosfera de aceitação	14	77,77	1,72	0,042
54. Proporcionar aceitação da imagem corporal	15	83,33	0,94	0,173
55. Proporcionar apoio na terapia psicológica	16	88,88	0,15	0,438
56. Proporcionar métodos de distração	15	83,33	0,94	0,173
57. Proporcionar musicoterapia	13	72,22	2,51	0,006
58. Reportar estado a membro da família	14	77,77	1,72	0,042
59. Usar uma abordagem calma e segura	17	94,44	0,62	0,265

Neste quadro, consta a avaliação das intervenções de enfermagem para o aspecto/ conforto psicológico. Das 90 intervenções de enfermagem, 27 foram eliminadas junto com os 10 diagnósticos/resultados de enfermagem não validados na etapa anterior, quatro se repetiram, e 59 ficaram para ser avaliadas. 38 (64,4%) delas foram consideradas validadas, e 21 (35,6%) itens não foram validados por não obterem o *valor P* maior do que 0,05.

Figura 17 – Intervenções de enfermagem do aspecto/conforto psicológico da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Das 90 (100,0%) intervenções de enfermagem constantes no Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, em relação ao aspecto/conforto psicológico, foram validadas 38 (42,22%) intervenções de

enfermagem, e 52 (57,77%), eliminadas - 21 não foram validadas, e 31 foram eliminadas.

Esse resultado demonstra que a Enfermagem ainda tem dificuldade de estabelecer intervenções para a dimensão psicológica do paciente. Por essa razão, o cuidado dispensado a pacientes oncológicos também deve se estender à família, com suas ansiedades, inseguranças, incertezas e dúvidas, devido à condição clínica e à proximidade da morte. O enfermeiro tem um dever fundamental de controlar o medo, a fraqueza, a angústia e as dificuldades encontradas, através dos cuidados de enfermagem, dando apoio psicossocial, conforto e cuidados necessários nesse contexto (SILVA et al., 2015).

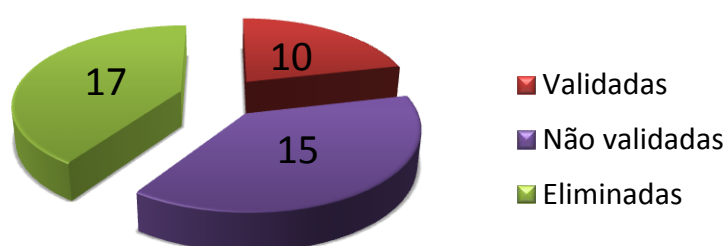
Tabela 7 - Avaliação do índice de concordância dos itens de intervenções de enfermagem no aspecto/tipo de conforto Sociocultural e Espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos Socioculturais e Espirituais da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor -p
1. Adequar questões culturais do paciente com o modelo biomédico, respeitando os aspectos éticos;	14	77,77	1,728	0,042
2. Avaliar capacidade de aprendizagem	15	83,33	0,943	0,173
3. Avaliar causas de conflitos culturais;	15	83,33	0,943	0,173
4. Avaliar crenças espirituais da família;	11	61,11	4,086	0,000
5. Avaliar crenças espirituais;	14	77,77	1,728	0,042
6. Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social;	16	88,88	0,157	0,438
7. Avaliar o bem estar espiritual;	14	77,77	1,728	0,042
8. Discutir com o paciente, abertamente; acerca de diferenças e semelhanças culturais;	13	72,22	2,514	0,006
9. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias;	15	83,33	0,943	0,173
10. Encorajar a participação em grupos de apoio;	14	77,77	1,728	0,042
11. Envolver pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais;	15	83,33	0,943	0,173
12. Estimular o paciente a desempenhar o seu papel;	14	77,77	1,728	0,042
13. Explicar os direitos do paciente;	15	83,33	0,943	0,173
14. Fazer referências a grupos de suporte terapêutico;	13	72,22	2,514	0,006
15. Identificar atitude em relação a dor;	14	77,77	1,728	0,042
16. Identificar junto ao paciente, as práticas culturais que possam influenciar negativamente na sua saúde;	14	77,77	1,728	0,042
17. Oferecer treinamento apropriado de habilidades	12	66,66	3,300	0,000

Aspectos Socioculturais e Espirituais da Dor Oncológica				
Intervenções de Enfermagem	n	%	z	Valor -p
sociais;				
18. Orientar sobre o processo doloroso;	15	83,33	0,943	0,173
19. Orientar sobre processo patológico;	16	88,88	0,157	0,438
20. Promover suporte social;	15	83,33	0,943	0,173
21. Proporcionar adaptação cultural;	12	66,66	3,300	0,000
22. Proteger os direitos do paciente;	15	83,33	0,943	0,173
23. Providenciar privacidade para comportamento espiritual;	10	55,55	4,871	0,000
24. Reconhecer a experiência cultural do paciente;	14	77,77	1,728	0,042
25. Reconhecer a experiência espiritual do paciente;	11	61,11	4,086	0,000

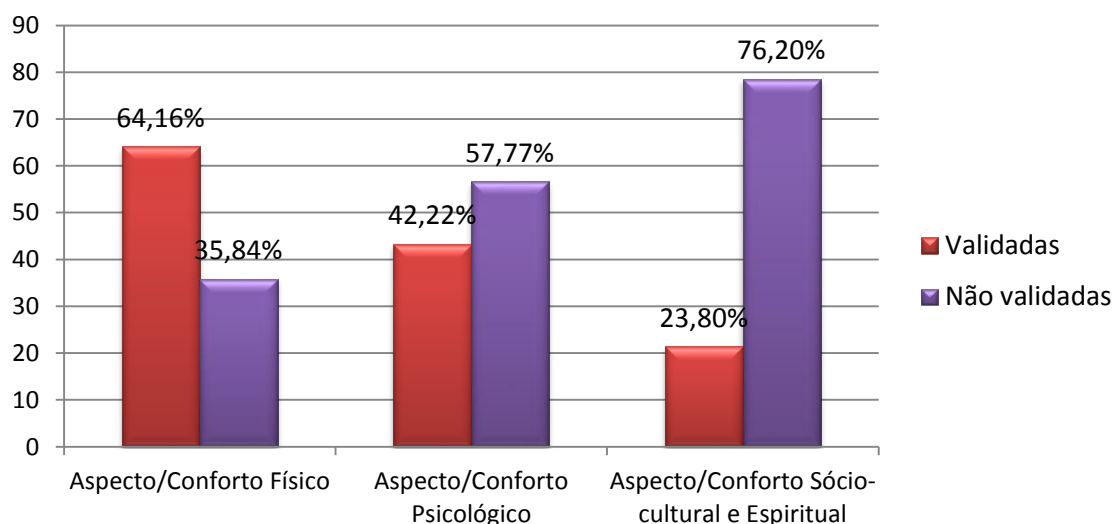
Nesse quadro, consta a avaliação das intervenções de enfermagem para o aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica. Das 42 intervenções de enfermagem, 17 foram eliminadas junto com os cinco diagnósticos/resultados de enfermagem não validados na etapa anterior, cinco repetidas, as quais também foram eliminadas. Assim, permaneceram 25 intervenções a serem avaliadas, e o processo foi finalizado com 15 (60,0%) itens que não obtiveram o *valor P* maior do que 0,05, por isso não foram consideradas válidas, e 10 (40,0%) foram validadas.

Figura 18 – Intervenções de enfermagem para o aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Das 42 (100,0%) intervenções de enfermagem constantes no Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, no aspecto/conforto sociocultural e espiritual, somente dez (23,80%) foram validadas, e 32 (76,20%), eliminadas. Dessas, 15 não foram validadas, e 17 foram eliminadas junto com os diagnóstico não validados na etapa anterior.

Figura 19 – Percentual das Intervenções de enfermagem validadas nos aspecto/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



As intervenções que constam no aspecto sociocultural e espiritual foram as que tiveram o maior número de itens não excluídos, proporcionalmente ao quantitativo desse aspecto. Isso demonstra que a Enfermagem tem mais dificuldades de intervir em uma área em que se tem pouca autonomia de atuação, devido ao fato de alguns fatores socioculturais e espirituais serem reportados a outros profissionais da equipe multiprofissional, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e voluntários. Convém lembrar que esse fato não tira do enfermeiro a responsabilidade de investigar.

Figura 20 – Percentual das Intervenções de enfermagem validadas nos aspectos/conforto da dor oncológica. João Pessoa, 2016.



Das 252 intervenções de enfermagem contando com as repetições, 125 foram validadas, 57 não foram validadas e 70 foram eliminadas. Entre estas, estão as repetições que foram retiradas.

Tabela 8 – Validação interna das intervenções de enfermagem contempladas no instrumento. João Pessoa, 2016.

Aspectos do instrumento	<i>Alpha</i>	IC a 95%
Físico (AF)	0,964	0,935 a 0,984
Psicológico (AP)	0,965	0,937 a 0,985
Sóciocultural (ASC)	0,929	0,872 a 0,968
Instrumento	0,982	0,967 a 0,992

Observa-se que a medida *Alpha de Cronbach* para o instrumento e para cada um de seus aspectos foi determinada e os valores encontrados estão todos acima de 0,90 mostrando boa validação interna para o instrumento como também para cada um de seus aspectos.

O próximo item vem descrevendo a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, contendo todas as diretrizes para o seu uso na prática.

5.6 Estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica¹

5.6.1 Apresentação

Os cuidados oncológicos e a dor estão incluídos pelo CIE entre as prioridades para a construção de Catálogos CIPE®. Esse foi o motivo pelo qual este instrumento

¹ A reorganização do Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, no que diz respeito aos itens “Significância para a Enfermagem”, “Modelo estrutural do subconjunto”, foi parcialmente extraído de: CARVALHO, M. W. A. **Catálogo CIPE® para dor oncológica**. 2009. 90f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

tecnológico foi construído. Sua finalidade é de que seja utilizado para subsidiar a assistência a pacientes com dor oncológica.

Esse Subconjunto terminológico da CIPE[®] para pacientes com dor oncológica tem um total de 48 conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem e 125 intervenções de enfermagem, assim distribuídos: 23 diagnósticos e resultados de enfermagem e 77 intervenções de enfermagem, em relação ao aspecto/conforto físico; 19, ao aspecto/conforto psicológico, e 38 intervenções de enfermagem e seis diagnósticos, resultados de enfermagem e dez intervenções de enfermagem, em relação ao aspecto/conforto sociocultural e espiritual da dor oncológica.

Deve ser utilizado como mais uma ferramenta a ser utilizada na prática do processo de enfermagem no cuidado dispensado a pacientes oncológicos em todas as esferas de atendimento, seja ele clínico, cirúrgico, quimioterápico, radioterápico ou paliativo. Sua utilização não se restringe ao âmbito de unidade de internação, mas pode ser utilizado em âmbito ambulatorial e domiciliar.

O conteúdo desse subconjunto não substitui o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico, apresenta-se apenas como um guia prático, facilitador da assistência de enfermagem, com o propósito de oferecer ao cliente um cuidado sistematizado e direcionado a sua condição no momento da avaliação. Também é possível acrescentar diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades apresentadas, haja vista que as situações vivenciadas não se esgotam com a construção desse material.

5.6.2 Significância para a Enfermagem

Com o aumento da incidência dos casos de câncer no Brasil e no mundo, surgiu um grande problema: o cuidado voltado para o paciente oncológico como foco desse cuidado, a dor oncológica ocupa um lugar de destaque.

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 2013). Essa é uma importante definição, porquanto fica claro que, independentemente dos danos teciduais, a dor pode

ou não se manifestar e podem ser separados de fatores psicológicos e das influências sociais, fatores que formam o núcleo do conceito biopsicológico da dor (KOPF; PATEL, 2010).

A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor publicou, através de estudos epidemiológicos existentes sobre a dor no país que, até o ano de 2016, cerca de 30% da população se queixa ou sofre de dor. Esse número é semelhante ao de países cujo índice de desenvolvimento humano é mais elevado. A diferença é que temos mais restrições econômicas, falta uma política de saúde pública direcionada para a dor e o Sistema Único de Saúde ainda não contempla claramente essa questão.

Em âmbito mundial, afeta 60 a 80% dos pacientes com câncer e está presente em 58% e 80% dos pacientes adultos portadores de câncer, com graus que variam de moderados a intensos, em 30 a 40% dos com doença em estágio intermediário, e 87% dos que estão em fase avançada (A.C. CAMARGO, 2014), portanto, o mais temido sintoma que um paciente com câncer pode experimentar e um fator de sofrimento relacionado à doença. Apesar dos grandes avanços tecnológicos no controle do câncer, pouca atenção tem sido despendida ao tratamento desse tipo de dor (RANGEL; TELES, 2012).

A Enfermagem desempenha um importante papel, por ter uma visão holística e ser considerada uma das profissões da área de saúde cujo fundamento e especificidade incluem o cuidado com o ser humano, tanto individualmente como a família ou a comunidade, para os quais desenvolve atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Responsabiliza-se, através do cuidado, pelo conforto, pelo acolhimento e pelo bem-estar dos pacientes e coordena outros setores para prestar assistência ou promover a independência dos pacientes através da educação em saúde. Há cerca de meio século, vem revisando seu conhecimento e prática, reestruturando muitas teorias e modelos de intervenção (OLIVEIRA; LOPES; LUZ, 2013).

O enfermeiro é o responsável direto pelo cuidado com o paciente, e suas ações devem ser planejadas e organizadas. O alívio da dor em busca do conforto é um dos principais objetivos do cuidado dispensado ao paciente com câncer. No que diz respeito ao tratamento do câncer, a Sociedade Internacional de Enfermeiros (ISNCC, 2013) se empenha em divulgar estratégias que promovam e assegurem o acesso a medicamentos analgésicos e outras medidas eficazes para melhorar o controle da dor oncológica. Esse

Órgão entende que o tratamento da dor do câncer é fundamental para a prática de enfermeiros que cuidam de pacientes com câncer, que ocupam uma posição importante no contexto hospitalar e podem reduzir sua intensidade, mesmo na falta de terapias básicas de medicamentos para seu alívio, com o uso de medidas alternativas como calor, frio e outras terapias complementares, de acordo com as políticas locais, regionais e nacionais que regem a prática de enfermagem. O aconselhamento espiritual e a discussão sobre o seu significado podem reduzir a sensação de desamparo e de isolamento dos pacientes e de suas famílias.

Os enfermeiros devem se manter atualizados sobre os avanços em relação ao tratamento da dor do câncer e estar bem preparados para usar as diretrizes indicadas e as recomendações na administração de medicamentos e no gerenciamento de efeitos colaterais, visando equilibrar o alívio da dor e minimizar os efeitos colaterais. A ISNCC (2013) recomenda que os enfermeiros sejam responsáveis por oferecer o melhor de sua capacidade de aliviar a dor, o tanto quanto possível, dos pacientes com câncer, pois têm oportunidades de receber educação sobre como manejá-la; que eles devem desempenhar um papel de liderar o processo de identificação e avaliação da dor e de planejar, implementar, coordenar e avaliar a gestão interdisciplinar; trabalhar para reduzir ou minimizar as barreiras do sistema de cuidados de saúde, a fim de gerir eficazmente a dor; agir como defensores fortes dos pacientes e de seus familiares para relatar inadequado alívio da dor, pois têm a responsabilidade ética de encorajá-los a denunciar se o alívio for administrado de forma inadequada; defender a mudança de legislações restritivas que impedem o acesso a uma analgesia adequada; assumir a responsabilidade principal para o público, o paciente, a família e o profissional; trabalhar para desenvolver e implementar políticas institucionais para tratar efetivamente a dor do câncer, com a colaboração de outros profissionais da área de saúde; trabalhar para influenciar as políticas nacionais e internacionais na área de recursos de alocação para o tratamento da dor, por meio de comunicação hábil com políticos e decisores políticos, e fazer pesquisas sobre a dor do câncer independente e colaborativa, cujos resultados possam ser aplicados na educação e na prática.

5.6.3 Modelo teórico do subconjunto

O modelo teórico do subconjunto foi desenvolvido levando em consideração a Teoria do Conforto e o Modelo de Dor Oncológica, desenvolvido e criado a partir de indicadores empíricos identificados na revisão da literatura, que caracterizaram e justificaram a construção dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem na dissertação de Mestrado, contemplando a dor de origem física e psicogênica. Esse modelo não foi determinado pelo CIE, uma vez que cada subconjunto terminológico elaborado deve estar alicerçado em um referencial teórico, que pode variar para diferentes catálogos.

No Modelo de Dor Oncológica, na perspectiva dos conceitos do metaparadigma, a Enfermagem é definida como uma profissão por meio da qual se pode apoiar e orientar o paciente e a família sobre o alívio da dor, em todas as fases do processo saúde-doença, seja em relação ao diagnóstico, ao tratamento, a reabilitação e aos cuidados paliativos, dando condições para a obtenção do conforto e melhoria da qualidade de vida; o paciente é o indivíduo e a família, que necessitam dos cuidados de enfermagem e os recebem; o ambiente é o elemento - quer seja indivíduo, família ou espaço, propensos aos cuidados de enfermagem para o alívio da dor e obtenção do conforto; a saúde é descrita como o alcance, não necessariamente curativo, dos resultados pleiteados pelas intervenções.

Figura 21 – Interseção do Modelo de Dor Oncológica e da Teoria do Conforto o Subconjunto terminológico da CIPE® para o paciente com dor oncológica. João Pessoa, 2016.

Modelo de Dor Oncológica		Dimensões do Conforto	
		Contexto em que o conforto ocorre	Necessidade de Conforto
Origem física	Dor neuropática	Conforto físico – experiência dolorosa	Alívio
	Dor nociceptiva		
Origem psicogênica	Aspectos culturais	Conforto Sociocultural	Tranquilidade
	Aspectos sociais		

	Aspectos psicológicos	Conforto Psicoespiritual	Transcendência
	Aspectos espirituais		
		Conforto ambiental	

A figura apresenta a junção do Modelo de Dor Oncológica (CARVALHO, 2009) e da Teoria do Conforto (KOLCABA, 2003) para o Subconjunto terminológico da CIPE® para o paciente com dor oncológica, o que demonstra uma forte relação entre os dois e a forma de aliviar a dor em sua origem física, na dimensão do conforto físico, por meio da experiência dolorosa, e para o alívio da dor de origem psicogênica, a busca será para as dimensões de conforto sociocultural e psicoespiritual, com o objetivo de satisfazer às suas necessidades de conforto, para atingir uma dimensão de conforto, seja de alívio, tranquilidade ou transcendência.

Depois de receber os cuidados de enfermagem, concretizados pelas intervenções de enfermagem, o paciente poderá sentir alívio físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, além de tranquilidade psicoespiritual, sociocultural, física, ambiental, transcendência física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (APÓSTOLO et al., 2007).

O conforto é o resultado do cuidado e é alcançado sempre que são atendidas as necessidades do paciente. Por exemplo, quando se administra medicação para a dor, eles se sentem aliviados por causa da ação do medicamento, portanto, o alívio é o resultado do cuidado. Quando a dor diminui, o paciente sente tranquilidade, que é focada em seu estado psicológico. A transcendência é evidenciada quando o paciente é capaz de se elevar sobre seus problemas de saúde e de sua dor (KOLCABA, 2007).

Kolcaba (2003) assevera que o conforto físico está relacionado às sensações corporais como dor, náuseas, frio ou dormência, entre outras. O enfermeiro é responsável por ajudar o paciente a aliviar o desconforto aplicando medidas de conforto. Nessa perspectiva, administrar medicação para dor e reposicionar o paciente são intervenções de enfermagem por meio das quais se pode ter conforto.

Kolcaba (2003) descreve os aspectos sociais e culturais de forma associada quando se refere ao conforto sociocultural, que diz respeito às relações interpessoais

entre um indivíduo e os membros da família, da sociedade e das tradições culturais. As crenças dos pacientes, a cultura, os valores, os modos de viver tradicionais e a religião devem ser levados em consideração. Nesse contexto, o receptor pode ser um paciente, e os membros da família, o paciente individual e/ou um grupo, incluindo a parte espiritual, contemplada no modelo de dor oncológica, que foi incluída nesse aspecto, porque, segundo a autora, nele, encontram-se as crenças e a religião do paciente.

Propôs também a necessidade de conforto psicoespiritual, que requer do paciente a consciência interna de si mesmo, o que inclui estima, sexualidade e significado na vida de alguém e engloba o relacionamento de ordem superior ou de ser. O conceito de conforto é holístico, envolve a ligação entre a mente, o corpo e o espírito e afirma ser difícil separar a parte psicológica da espiritual. No modelo de dor oncológica, a parte psicológica foi estudada separadamente, e a espiritual, junto com os aspectos sociais e culturais.

O conforto ambiental engloba ruído, ambiente, temperatura, condições e influências, além de cor, luz, visão da janela e elementos naturais versus sintéticos (KOLCABA, 2003). Esse tipo de necessidade não foi estudado na primeira pesquisa, o que não significa que não possa ser incluída no estudo.

5.6.4 Conceitos de Diagnósticos/resultados e intervenções do Subconjunto terminológico

Quadro 12 – Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto Físico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos/Contexto FÍSICO da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1. Comunicação prejudicada – Dificuldade ou falta de transmitir, trocar ou receber informações, pensamentos, ideias, desejos ou necessidades, usando comunicação verbal e não verbal com outros indivíduos.	Identificar barreiras na comunicação
	Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro
	Identificar questões culturais que interfiram na comunicação
	Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sociocultural do paciente
2. Constipação - Diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou	Identificar causas de constipação
	Estimular ingestão hídrica
	Estimular dietas laxativas
	Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais

Aspectos/Contexto FÍSICO da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
endurecidas.	Identificar fatores que possam contribuir para a constipação
3. Deglutição prejudicada - Dificuldade apresentada no processo de condução de alimentos, saliva e líquidos, da boca ao estômago, passando pela faringe e esôfago, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.	Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar
	Monitorar sinais e sintomas de aspiração
	Avaliar estado neurológico
4. Dor aguda - Sensação desagradável, de surgimento repentino e de curta duração, caracterizado como sinal de alerta ao surgimento de alguma lesão ou disfunção do organismo, apresentando comportamento autoprotetor, inquietação e perda do apetite.	Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação
	Manter ambiente calmo e livre de ruídos
	Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada
	Avaliar controle da dor
	Avaliar resposta à medicação
5. Dor crônica - Sensação desagradável, com duração de meses a anos e relacionada a doenças crônicas; apresenta relato subjetivo de sofrimento, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.	Identificar causas da dor
	Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação
	Manter ambiente calmo e livre de ruídos
	Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
	Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
	Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente(PCA), se apropriado
	Avaliar controle da dor
	Avaliar resposta à medicação
	Identificar causas da dor
	Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor
	Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor
	Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura do ambiente, ruído, iluminação)
	Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência dolorosa (medo, fadiga, monotonia e falta de informação)
	Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas como: hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, aplicação de calor ou frio e massagem, antes e após atividades dolorosas
6. Edema - Condição de acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares.	Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário
7. Fadiga - Sensação de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço e esgotamento para o trabalho físico ou mental.	Identificar e controlar fatores que levam o paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação
	Proporcionar repouso ao paciente
8. Hipertermia – Elevação da temperatura corporal, acima dos parâmetros normais associados à patologia ou a choques na	Estimular a ingestão hídrica

Aspectos/Contexto FÍSICO da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
infusão de medicamentos.	
9. Infecção – Estado em que o organismo é invadido por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando processos patológicos, podendo levar a morte.	Isolar o paciente se necessário
	Instituir precauções de acordo com a instituição
	Promover a ingestão nutricional adequada
	Proporcionar repouso ao paciente
	Lavar as mãos antes e após manusear o paciente
10. Ingestão nutricional prejudicada – Ingestão insuficiente de alimentos contendo nutrientes necessários ao funcionamento normal do corpo e manutenção da vida.	Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente
	Avaliar causas da ingestão nutricional prejudicada
11. Inquietação - Sensação de intranquilidade, cansaço e agitação; falta de sossego; associado ao fato de não conseguir repousar.	Proporcionar ambiente calmo
	Acalmar o paciente
	Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras
12. Integridade da pele prejudicada - Interrupção da integridade cutânea, caracterizado pela destruição das camadas da pele, ocasionadas por punções, uso de outros dispositivos e/ ou feridas.	Manter a higiene da pele
	Avaliar o grau de ruptura da pele
	Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
	Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas
	Manter lençóis limpos e lisos
13. Membrana mucosa oral prejudicada – Interrupção na integridade da mucosa que protege a boca, geralmente ocasionada por ressecamento e/ou efeito colateral de algumas drogas.	Mobilizar o paciente no leito, se adequado
	Manter higiene oral
	Administrar analgésicos tópicos
	Manter mucosa oral hidratada
14. Mobilidade prejudicada - Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades; capacidade diminuída de ir a outro lugar decorrente da condição crônica a que está submetido.	Evitar alimentos quentes e condimentados
	Auxiliar na mobilidade no leito
	Realizar mudança de decúbito
15. Náusea - Sensação desconfortável que geralmente antecede o vômito, causando mal estar podendo ser agravada pelo sabor, cheiro ou lembranças de episódios anteriores que reportam ao vômito.	Providenciar equipamento de segurança
	Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea
	Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos
	Ensinar técnicas não farmacológicas como musicoterapia e relaxamento no tratamento da náusea
	Promover higiene oral frequentemente
16. Padrão do sono alterado – Alteração no próprio modelo de referência do sono, quanto a horário, fases e horas dormidas.	Orientar quanto ao consumo de pequenas quantidades de alimentos
	Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura
	Avaliar causa do padrão do sono alterado
	Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono coma execução do plano de cuidados

Aspectos/Contexto FÍSICO da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Determinar o efeito dos medicamentos sobre o sono
17. Respiração prejudicada - Comprometimento no processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono dos pulmões. Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.	Monitorar estado respiratório quanto à frequência, ritmo, profundidade e esforço
	Comunicar alterações
	Atentar para bradipneia
	Oferecer suporte ventilatório se necessário
18. Pressão arterial alterada - Alteração para o aumento ou diminuição da pressão arterial, com valores fora dos parâmetros normais instituídos.	Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado
19. Prurido - Estado no qual o indivíduo apresenta sensação cutânea desagradável, seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo, formigamento irritante, geralmente, causada pela liberação de substâncias químicas particulares ao organismo, ressecamento da pele, doença ou reação medicamentosa.	Administrar antialérgicos
	Avaliar causa do prurido
	Verificar alergias
	Verificar diariamente a pele do paciente
	Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição
20. Repouso prejudicado - Dificuldade apresentada pelo indivíduo para o descanso, tranquilidade, quietação e folga.	Proporcionar ambiente calmo
	Estimular o repouso satisfatório
21. Retenção urinária - Acúmulo involuntário de urina na bexiga com esvaziamento incompleto, associado à perda da sua função muscular por efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	Instituir medidas para estimular a diurese, como compressas supra púbicas e lavagem íntima
	Proporcionar privacidade na hora da eliminação
	Sondagem vesical de alívio se necessário
22. Risco de constipação - Risco de apresentar diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou endurecidas.	Estimular ingestão hídrica
	Estimular dietas laxativas
23. Risco de infecção – Risco de invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Prevenir infecção cruzada
	Avaliar cuidados com a higiene

Quadro 13 – Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto Psicológico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Contexto PSICOLÓGICOS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1. Aceitação do estado de saúde – Condição em	Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico

Aspecto/Contexto PSICOLÓGICOS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
que o indivíduo reduz ou elimina barreiras, apreensões ou tensões, aceitando ou entendendo sua condição de saúde.	Usar uma abordagem calma e segura
2. Angústia – Sensação de opressão emocional seguido de mal-estar físico e psíquico que se manifesta por rubor ou palidez, suores ou secura das mucosas, taquicardia ou bradicardia e palpitações. Pode ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa e acompanhada por sentimento de dor intensa e severa, tristeza e angústia.	Estimular pensamento positivo
	Demonstrar técnicas de relaxamento
	Garantir apoio psicológico
3. Ansiedade - Desconforto físico e psíquico, pelo qual o indivíduo apresenta sensação difusa de apreensão, tensão e insegurança, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança e sinais físicos como palpitação, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, pupilas dilatadas, voz trêmula e desconforto abdominal. Deve ser especificada de acordo com os graus: leve, moderada e severa.	Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico
	Usar uma abordagem calma e segura
	Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado
	Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos
	Orientar o paciente quanto a técnicas de relaxamento
	Garantir continuidade do cuidado
4. Atitude em Relação ao Regime Terapêutico Conflituosa - Condição de apresentar modelos e opiniões mentais conflituosas em relação ao regime de tratamento.	Estimular a musicoterapia
	Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico
	Orientar quanto ao regime terapêutico
5. Atitude Familiar Conflituosa (Negativa) - Situação em que familiares e paciente não conseguem se adaptar a situação de doença e apresentam conflitos sociais, econômicos e emocionais.	Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso;
	Esclarecer atitudes de conflito da família
6. Autoimagem negativa - Concepção negativa da imagem mental de si mesmo.	Orientar família sobre a doença
	Identificar fatores que interferem na autoimagem
	Proporcionar aceitação da imagem corporal
7. Baixa autoestima situacional - Desenvolvimento de percepção negativa da opinião sobre si mesmo, da visão do próprio valor e capacidades; verbalização negativas de crenças, confiança sobre si, auto aceitação e autolimitação, em resposta a uma situação atual (especificar).	Proporcionar apoio e terapia psicológica
	Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos
	Evitar comentários negativos
	Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário
	Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo
8. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico - Condição familiar diminuída de estar responsável, ou dar uma ordem para alguém ou alguma coisa, sobre o plano terapêutico.	Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente
	Promover capacidade para gerenciar o plano terapêutico oferecendo orientações ao paciente

Aspecto/Contexto PSICOLÓGICOS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
9. Confusão - Pensamento distorcido com alienação mental, transitória ou permanente com memória prejudicada e desorientação em relação à pessoa, lugar e tempo. Perda de todo o raciocínio claro e preciso e perturbação de ideias.	Manter ambiente seguro
	Garantir apoio psicológico
10. Déficit de autocuidado – Falta de cuidado em si no que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas individuais e íntimas e atividades da vida diária.	Estimular o autocuidado de acordo com a capacidade do paciente
	Assistir ao paciente até que esteja apto a executar o autocuidado
11. Depressão - Sentimento de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda do apetite e insônia.	Garantir terapia psicológica com profissional adequado
	Manter ambiente seguro
	Atentar para o risco de suicídio
12. Desesperança - Ausência de esperança onde um indivíduo se encontra em desespero e não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou quando as enxerga, é incapaz de mobilizar energias a seu favor.	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida
13. Medo - Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, com sem razão fundamentada, por vezes acompanhado de luta psicológica ou resposta de fuga.	Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medos
	Eliminar causas do medo
14. Não adesão ao regime terapêutico – Decisão tomada pela própria pessoa para não aceitar as orientações da equipe, discordando do regime terapêutico, não tomando os medicamentos como orientado, não pegando os medicamentos na data devida e não demonstrando internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde.	Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico
15. Negação - Condição de negar ou evitar conhecer sobre a doença ou estado de saúde a fim de minimizar a ansiedade ou conflito.	Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de doença
	Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto
16. Processo de luto antecipado - Antecipação do sentimento de enorme tristeza de uma possível perda ou morte, real ou antecipada; seguida de reações de aflição e luto, choro ou soluços, alarme, descrença, negação e raiva apresentados precocemente.	Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento
17. Processo familiar prejudicado – Dificuldade nas interações ou padrões de relacionamento entre os membros da família.	Esclarecer atitudes de conflito da família
	Orientar familiares sobre a doença e tratamento do paciente
18. Tristeza crônica - Sentimentos de pesar, melancolia associada à falta de energia por um longo período de tempo.	Proporcionar métodos de distração
19. Enfrentamento prejudicado - Comportamento individual ineficaz para enfrentar a doença, gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico.	Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos
	Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de

Aspecto/Contexto PSICOLÓGICOS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	doença
	Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto

Quadro 14 – Conceitos dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspectos/Contexto socioculturais e espirituais da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos SOCIOCULTURAIS E ESPIRITUAIS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1. Crenças Culturais Conflituosas - Conflitos na convicção pessoal baseada nos próprios valores culturais.	Avaliar causas de conflitos culturais
2. Falta de apoio social - Ausência de apoio da sociedade ou entidades sociais.	Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social
	Promover suporte social
	Explicar os direitos do paciente
	Proteger os direitos do paciente
3. Falta de conhecimento sobre doença - Condição em que o paciente não apresenta informação ou habilidades aprendidas sobre a doença, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas sobre a doença.	Orientar sobre processo patológico
	Orientar sobre o processo doloroso
4. Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico - Condição em que o paciente não apresenta informação ou habilidades aprendidas sobre a doença, baseado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas sobre o regime terapêutico.	Avaliar capacidade de aprendizagem
5. Isolamento social - Sentimento de preservação da privacidade, por meio do afastamento social.	Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias
	Envolver pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais
6. Sofrimento espiritual - Sentimentos prolongados de grande tristeza, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, de origem espiritual, relacionado com sua religião e devoção.	Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos

Quadro 15 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Físico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos/Contexto FÍSICO da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	
Comunicação prejudicada	Membrana mucosa oral prejudicada

Constipação Deglutição prejudicada Dor aguda Dor crônica Edema Fadiga Hipertermia Infecção Ingestão nutricional prejudicada Inquietação Integridade da pele prejudicada	Mobilidade prejudicada Náusea Padrão do sono alterado Respiração prejudicada Pressão arterial alterada Prurido Repouso prejudicado Retenção urinária Risco de constipação Risco de infecção
Intervenções de Enfermagem	
Acalmar o paciente Administrar analgésicos tópicos Administrar antialérgicos Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia Atentar para bradipneia Auxiliar na mobilidade no leito Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação Avaliar causa do padrão do sono alterado Avaliar causa do prurido Avaliar causas da ingestão nutricional prejudicada Avaliar controle da dor Avaliar cuidados com a higiene Avaliar estado neurológico Avaliar o grau de ruptura da pele Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais Avaliar resposta à medicação Comunicar alterações Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura do ambiente, ruído, iluminação) Determinar o efeito dos medicamentos sobre o sono Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sociocultural do paciente Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas como: hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, aplicação de calor ou frio e massagem, antes e após atividades dolorosas Ensinar técnicas não farmacológicas como musicoterapia e relaxamento no tratamento da náusea Estimular dietas laxativas Estimular ingestão hídrica Estimular o repouso satisfatório Evitar alimentos quentes e condimentados Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição Identificar barreiras na comunicação Identificar causas da dor Identificar causas de constipação Identificar e controlar fatores que levam o paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação Identificar fatores que possam contribuir para a constipação Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea Identificar questões culturais que interfiram na comunicação Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado Instituir medidas para estimular a diurese, como compressas supra púbicas e lavagem íntima	

Instituir precauções de acordo com a instituição
Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor
Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor
Isolar o paciente se necessário
Lavar as mãos antes e após manusear o paciente
Manter a higiene da pele
Manter ambiente calmo e livre de ruídos
Manter higiene oral
Manter lençóis limpos e lisos
Manter mucosa oral hidratada
Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas
Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras
Mobilizar o paciente no leito, se adequado
Monitorar estado respiratório quanto à frequência ritmo, profundidade e esforço
Monitorar sinais e sintomas de aspiração
Monitorar sinais e sintomas de infecção
Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro
Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário
Oferecer suporte ventilatório se necessário
Orientar quanto ao consumo de pequenas quantidades de alimentos
Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
Prevenir infecção cruzada
Promover a ingestão nutricional adequada
Promover higiene oral frequentemente
Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente
Proporcionar ambiente calmo
Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura
Proporcionar privacidade na hora da eliminação
Proporcionar repouso ao paciente
Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono coma execução do plano de cuidados
Providenciar equipamento de segurança
Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
Realizar mudança de decúbito
Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência dolorosa (medo, fadiga, monotonia e falta de informação)
Sondagem vesical de alívio se necessário
Verificar alergias
Verificar diariamente a pele do paciente

Quadro 16 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Psicológico da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspecto/Contexto PSICOLÓGICOS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	
Aceitação do estado de saúde. Angústia Ansiedade Atitude em relação ao regime terapêutico conflituosa Atitude familiar conflituosa (Negativa) Autoimagem negativa Baixa autoestima situacional Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico Confusão Déficit de autocuidado	Depressão Desesperança Medo Não adesão ao regime terapêutico Negação Processo de luto antecipado Processo familiar prejudicado Tristeza crônica Enfrentamento prejudicado.
Intervenções de Enfermagem	
Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto Assistir ao paciente até que esteja apto a executar o autocuidado Atentar para o risco de suicídio Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de doença Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso; Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos Demonstrar técnicas de relaxamento Eliminar causas do medo Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos Esclarecer atitudes de conflito da família Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento Estimular a musicoterapia Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo Estimular o autocuidado de acordo com a capacidade do paciente Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida Estimular pensamento positivo Evitar comentários negativos Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente Garantir apoio psicológico Garantir continuidade do cuidado Garantir terapia psicológica com profissional adequado Identificar fatores que interferem na autoimagem	

Manter ambiente seguro
 Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico
 Orientar família sobre a doença
 Orientar familiares sobre a doença e tratamento do paciente
 Orientar o paciente quanto a técnicas de relaxamento
 Orientar quanto ao regime terapêutico
 Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos
 Promover capacidade para gerenciar o plano terapêutico oferecendo orientações ao paciente
 Proporcionar aceitação da imagem corporal
 Proporcionar apoio terapia psicológica
 Proporcionar métodos de distração
 Usar uma abordagem calma e segura

Quadro 17 - Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por Aspecto/Contexto Sociocultural e Espiritual da Dor Oncológica. João Pessoa, 2016.

Aspectos SOCIOCULTURAIS E ESPIRITUAIS da Dor Oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem	
Crenças culturais conflituosas Falta de apoio social Falta de conhecimento sobre doença Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	Isolamento social Sofrimento espiritual
Intervenções de Enfermagem	
Avaliar capacidade de aprendizagem Avaliar causas de conflitos culturais Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias Envolver pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais Explicar os direitos do paciente Orientar sobre o processo doloroso Orientar sobre processo patológico Promover suporte social Proteger os direitos do paciente	

CAPÍTULO 2

6 – VALIDAÇÃO CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA

Para proceder à validação clínica, foi utilizada a modalidade de estudo de caso clínico, pois se trata da coleta e da análise de dados, a partir da observação dos fatos e dos fenômenos como ocorrem na realidade (FUZZY, 2010).

A apresentação do estudo de caso reproduz o interesse da profissão em organizar o seu trabalho, tendo como base o estabelecimento de suas ações na análise da história do paciente (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

A pesquisa foi realizada em um hospital oncológico do município de João Pessoa, na Paraíba, referido como unidade principal de uma fundação e mantido, dirigido e por ela administrado. É uma entidade filantrópica de utilidade pública federal, estadual e municipal, cuja finalidade é de tratamento de pacientes com doença oncológica e funciona como campo de ensino, pesquisa e educação sanitária da comunidade.

Sua estrutura física comporta 139 leitos, para atender a pacientes cirurgiados, submetidos a tratamento quimioterápico, radioterápico, hematológico, pediátrico e sob cuidados paliativos, e um centro de terapia intensiva, além do atendimento ambulatorial de especialidades clínicas e cirúrgicas e serviço de radioterapia e quimioterapia ambulatorial; conta também com serviços de apoio clínico, como hemoterapia, fisioterapia, mamografia, ultrassonografia, urgência oncológica, patologia, medicina do trabalho, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia clínica e comissão de controle de infecção hospitalar, a equipe de enfermeiros é composta de 50 membros que atuam nas unidades de internação e ambulatoriais. A Diretoria Técnica desse hospital é ocupada por uma enfermeira. Nesse nosocômio, destaca-se o importante papel desempenhado por esses profissionais.

Nesta etapa, foi inicialmente construído um instrumento contendo todos os conceitos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto

Terminológico da CIPE® para Pacientes com Dor Oncológica para ser aplicado na prática clínica de enfermeiros de uma instituição de referência oncológica no Estado da Paraíba, conforme apresentado na estruturação do referido subconjunto.

6.1 Instrumento para a coleta de dados dos estudos de casos para a validação clínica do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica

O instrumento para coletar os dados dos estudos de casos (APÊNDICE H) contém os dados de identificação e da situação de doença, incluindo a escala visual analógica da dor, em cuja linha horizontal há uma numeração de 0 a 10 - o zero corresponde à classificação Sem dor, e o dez, à classificação Dor máxima - e uma escala de avaliação do conforto, baseada na *verbal rating scale* (KOLCABA, 2007), e uma linha horizontal com uma numeração de 0 a 10, em que 0 = Nenhum conforto, 1 = Um pouco de conforto, 2 = Entre um pouco e algum conforto, 3 = Algum conforto, 4 = Entre algum e conforto moderado, 5 = Conforto moderado, 6 = Entre conforto moderado e bastante elevado, 7 = Conforto bastante elevado, 8 = Entre bastante elevado e elevado conforto, 9 = Muito elevado conforto, e 10 = Maior conforto possível.

Com esses dados e nossas observações diretas, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem, determinados com base nos conceitos constantes na reestruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a pessoa com dor oncológica, de acordo com os aspectos da dor. Os resultados esperados foram determinados a partir dos níveis de conforto de Alívio, Tranquilidade, Transcendência, e as intervenções de enfermagem foram escolhidas e implementadas para atender aos resultados determinados, e os resultados avaliados durante todo o desenvolvimento do estudo de caso, conforme descrição dos estudos de casos clínicos.

6.2 Estudos de caso

A escolha dos pacientes para a realização dos estudos de caso, a princípio seguiu os critérios de inclusão, ter mais de 18 anos, não ter déficit cognitivo, não estar em estado de coma e estar internado no hospital local da pesquisa, considerou-se também a condição patológica. Portanto, foi selecionados um paciente oncológico infectado em tratamento clínico; um em tratamento radioterápico; um em quimioterapia/radioterapia; um em tratamento cirúrgico/quimioterapia; e um paciente em cuidados paliativos. A ideia inicial era de selecionar pacientes com terapêuticas isoladas, mas a maioria dos protocolos de tratamento de situação oncológica sugere a associação de mais de uma proposta de tratamento.

Caso 1- Paciente infectado em tratamento clínico

D. A. S - 70 anos, do sexo masculino, natural do município de Santa Rita - PB. Divorciado, católico, com ensino fundamental incompleto; comerciante, com casa própria; tem três filhos vivos. Foi diagnosticado com micose fungoide ou linfoma cutâneo de células T. Falou que teve câncer de próstata e que foi submetido a uma cirurgia como tratamento curativo. Hipertenso, **PA de 120 x 90** mmHg e usa anti-hipertensivo oral; é obeso, diabético, usa hipoglicemiante oral e insulina regular. Segundo relatou, não tem o hábito de fumar, ingere bebida alcoólica socialmente e não consome drogas ilícitas. Apresentava-se consciente, orientado, agitado e respondia às solicitações verbais; eupneico; pouca aceitação da dieta, que, no momento era líquida pastosa; com abdômen globoso, queixava-se de fortes dores abdominais, com presença de ruídos hidroaéreos, funções excretoras preservadas; deambulava com dificuldade, tinha lesões cutâneas em toda a extensão do corpo de grau IV, com prurido intenso, lesão necrótica de odor pútrido em local de realização da biópsia cutânea em região dorsal, infectada por pseudomonas aeruginosas, em uso de antibioticoterapia; higiene corporal e oral precária, usou concentrado de hemácias por anemia decorrente do estado patológico. Dados: P=103 kg; Alt=1,70m. Atribuiu nota 9 (nove), na escala de dor, e 5 (cinco), na escala de conforto; queixava-se do tipo de conforto físico. T = 36,6°, P = 98btm, R = 20 mov/min., Pa = 120/90 mmhg.

1º dia - O paciente queixou-se de incômodo decorrente do prurido proveniente das lesões do corpo, não conseguia se alimentar, devido a feridas nos lábios e na boca e sentia fortes dores. Foi medicado quando solicitado; difícil acesso venoso;

2º dia - O paciente apresentava lesão necrótica na região dorsal, infectada e dolorida. Foi feito um curativo e administrados analgésicos tópicos antes das refeições. Sentiu-se aliviado, mas inquieto. Atribuiu nota 9, na escala de dor, e 1 na escala de conforto;

3º dia - Realizado curativo. O paciente apresentou melhora quanto à aceitação da dieta, mas permaneceu com quadro algico e desconforto;

4º dia – O paciente continuava com prurido, mesmo usando a medicação adequada, e sonolência;

5º dia – O paciente seguiu recebendo os cuidados de enfermagem, sem alterações no quadro.

Quadro 18 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 1, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
**Dor crônica intensa	Dor crônica melhorada			Avaliar a dor de acordo com escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
				Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
				Investigar com o paciente, fatores que aliviam ou pioram a dor
				Avaliar Controle da dor
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Conforto		Avaliar o grau de ruptura da pele
				Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
Infecção	Ausência de Infecção		Continuidade ao tratamento	Isolar o paciente se necessário
				Instituir precauções de acordo com a instituição
				Promover a ingestão nutricional adequada
Prurido	Prurido melhorado	Conforto	Bem-estar físico	Administrar antialérgicos
				Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição
Membrana mucosa oral prejudicada	Membrana mucosa oral melhorada	Aceitação da dieta		Manter a higiene oral
				*Realizar bochechos com analgésicos tópicos antes das refeições
				Manter a mucosa oral hidratada
				Evitar alimentos quentes e condimentados
*Sonolência	Sonolência melhorada			*Avaliar risco de drogadição
				*Proporcionar sono e repouso ao paciente

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
Ansiedade	Ansiedade melhorada		Controle emocional	Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado
				Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos
				Garantir continuidade do cuidado
Baixa autoestima situacional		Melhora na autoestima	Melhora na interação	Evitar comentários negativos
				Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário
Falta de conhecimento sobre a doença		Conhecimento sobre a doença	Aceitação da doença	Orientar sobre processo patológico
Pressão arterial alterada (hipertensão)	Pressão arterial normal			Garantir tratamento anti- hipertensivo adequado
				*Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia

*Não consta no subconjunto

**Acrescentou-se o julgamento

No paciente do caso 1, foram identificados 12 (doze) diagnósticos/resultados de enfermagem, no entanto, estabeleceram-se prioridades. O diagnóstico de enfermagem Inquietação estava relacionado ao Prurido, que foi classificado como prioritário; Ingestão nutricional prejudicada era devido à Membrana mucosa oral prejudicada, que permaneceu. No final, ficaram 10 (dez) diagnósticos de enfermagem, sete dos quais no aspecto físico, sendo que o diagnóstico Sonolência não consta no Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica, dois, do aspecto psicológico, e um, do aspecto sociocultural. Foi preciso acrescentar o termo “intensa” no diagnóstico de enfermagem **Dor crônica**. Assim foi feito em todos os casos em que ele apareceu. Para o diagnóstico de enfermagem **Pressão arterial alterada**, foi introduzido **hipertensão**. Para cada diagnóstico identificado, alcançamos os resultados esperados, levando em consideração os níveis de conforto, e foram planejadas 26 intervenções de enfermagem. Porém **Realizar bochechos com analgésicos tópicos antes das refeições, Avaliar risco de drogadição, Proporcionar sono e repouso ao paciente e Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia** não constavam no subconjunto, por isso foi preciso incluí-las para atender à condição do paciente.

Caso 2- Paciente em tratamento quimioterápico/radioterápico

A.S. 58 anos, do sexo masculino, é pescador, natural de Cabedelo, alfabetizado e evangélico. Diagnosticado com carcinoma de células escamosas no pênis, foi submetido a uma cirurgia de ressecção de tumor de partes moles com linfadenectomia; estava lúcido, orientado, dispneico; estava sendo submetido a tratamento quimioterápico, com taxane e carboplatina, e tratamento radioterápico; queixava-se de náusea e usava antiemético. Nega tabagismo, uso de álcool ou outras drogas ilícitas; é obeso, hipertenso e diabético e usa hipoglicemiante; seu abdômen é globoso, flácido, indolor à palpação, e as funções excretoras são preservadas; hidratação venosa periférica, lesão vegetante em região da coxa esquerda (metástase) infectada, trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo; usa ácido tranexânico, restrito ao leito; apetite, sono e repouso preservados; hidratação venosa periférica. Dados: P = 123 kg; Alt = 1,75m. Refere nota 9 (nove) na escala de dor, e

7 (sete), na escala de conforto; queixa-se do tipo de conforto físico (dor) e da ambiental (calor). T = 36,0°, P= 98btm, R = 20 mov/min. Pa = 120/90 mmhg.

1º dia - O paciente referiu dor intensa no membro inferior esquerdo; foi prescrito analgésico na forma “se necessário”; com a queixa a medicação ficou prescrita em horário fixo e foi realizado curativo em lesão da coxa esquerda;

2º dia - O paciente referiu melhora da dor e avaliou-a com nota 7 (sete); foi feito curativo; queixou-se de náuseas; foi administrada medicação prescrita e feitas intervenções de enfermagem;

3º dia – O paciente queixou-se de dor intensa, durante o curativo; a medicação para dor voltou a ser prescrita “se necessário”; curativo diário;

4º dia – O paciente perdeu o acesso venoso periférico, rede venosa precária, curativo secretivo, dia do ciclo de quimioterapia, segue aguardando punção venosa;

5º dia – Depois da quimioterapia, o paciente se queixou de náuseas e teve dificuldade de aceitar a dieta; relato verbal de dor – 6 (seis) na escala de avaliação de dor.

Quadro 19 – Planejamento da assistência de enfermagem do Caso 2, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
**Dor crônica Intensa	Dor crônica melhorada			Avaliar da dor de acordo com escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
				Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
				Investigar com o paciente, fatores que aliviam ou pioram a dor
				*Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Conforto		Avaliar o grau de ruptura da pele
				Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
				Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas
				Manter lençóis limpos e lisos
				Mobilizar o paciente no leito, se adequado
Infecção	Ausência de Infecção		Continuidade do Tratamento	Isolar o paciente se necessário
				Instituir precauções de acordo com a instituição
				Garantir antibioticoterapia
Náusea	Náusea melhorada		Continuidade do tratamento quimioterápico.	Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos
				Promover higiene oral frequentemente

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
				Orientar quanto ao consumo de pequenas quantidades de alimentos
***Edema em membro inferior esquerdo	Edema em membro inferior esquerdo melhorado	Deambulação		Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário
				*Manter membro edemaciado elevado
Pressão arterial alterada (hipertensão)	Pressão arterial normal			Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado
				Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia
Mobilidade Prejudicada	Mobilidade melhorada	Segurança do paciente		Auxiliar na mobilidade no leito;
				Realizar mudança de decúbito;
				*Auxiliar na deambulação;

*Não consta no subconjunto

** Acrescentou-se o julgamento

*** Acrescentou-se a localização.

No paciente do caso 2, foram identificados sete diagnósticos de enfermagem, todos do aspecto/conforto físico. Foi preciso acrescentar a localização para o diagnóstico de enfermagem **Edema**. Para cada diagnóstico identificado, foram alcançados os resultados esperados, levando em consideração os níveis de conforto, e feitas 23 intervenções de enfermagem. **Ajustar o horário da medicação prescrita para a realização do procedimento doloroso, Manter o membro edemaciado elevado, Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia e Auxiliar na deambulação** não constam no subconjunto.

Caso 3- Paciente em tratamento radioterápico

R.V.A - 53 anos, do sexo masculino, agricultor, natural de São Bento, católico, com o 1º grau incompleto. Diagnosticado com tumor no pênis, submeteu-se a uma cirurgia de ressecção de tumor. No momento, apresentava lesão vegetante no pênis, estava lúcido, orientado, eupneico, em tratamento radioterápico, com náusea e usando antiemético. No tratamento radioterápico, queixou-se de cansaço intenso, devido ao tempo de terapia radioterápica. Negou tabagismo, uso de álcool ou outras drogas ilícitas; é hipertenso e diabético e usa hipoglicemiante oral e injetável; o abdômen estava tenso, dolorido à palpação, com as funções excretoras comprometidas e não evacuava há sete dias; usava sonda vesical de demora, com diurese presente de coloração clara, hidratação venosa periférica, trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo com edema; estava usando anticoagulante, restrito ao leito, com o apetite comprometido e disse que não conseguia se alimentar com “comida de panela”; o sono e o repouso estavam preservados. Dados: P=80 kg; Alt=1,70m. Referiu nota 9 (nove), na escala de dor, e 4 (quatro), na escala de conforto. Queixou-se do tipo de conforto físico (dor) e ambiental (calor) - T= 36,0º, P= 98bpm, R= 24 mov/min. Pa=120/90 mmhg., queixou-se de calor no ambiente e expressou vontade de voltar para casa.

1º dia - O paciente falou que sentia uma dor intensa, no membro inferior esquerdo e na região peniana; foram prescritos analgésico leve e opioide forte para ser administrado se necessário. Observamos que o esquema analgésico não atendia à necessidade do paciente; fizemos curativo de lesão vegetante na região peniana;

2º dia – O paciente não mencionou melhora da dor e avaliou-a com nota 9 (nove); fizemos um curativo e solicitamos ao setor de Nutrição uma avaliação da dieta; administramos medicação prescrita e intervenções de enfermagem, lavagem intestinal, com retorno de conteúdo fecal em grande quantidade. Foram prescritos laxantes;

3º dia – O paciente queixou-se de dor intensa; solicitamos do médico responsável uma reavaliação do esquema analgésico e fizemos um curativo, mudança no esquema de analgesia, e a evacuação continuou em grande quantidade;

4º dia – O paciente referiu melhora da dor, à qual atribuiu nota 7 (sete). Realizamos intervenções de enfermagem;

5º dia – O paciente aceitou parcialmente a dieta oferecida pelo hospital, e sentiu uma discreta melhora da dor, avaliada com 6 (seis) na escala de avaliação.

Quadro 20 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
**Dor crônica Intensa	Dor crônica melhorada			Avaliar a dor de acordo com escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
				Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
				Investigar com o paciente, fatores que aliviam ou pioram a dor
				*Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Conforto		Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada
				Manter a higiene da pele
Infecção	Ausência de Infecção		Continuidade do Tratamento	Isolar o paciente se necessário
				Instituir precauções de acordo com a instituição
				Promover a ingestão nutricional adequada
				Proporcionar repouso ao paciente
Constipação	Constipação melhorada	Alimentação melhorada		Estimular ingestão hídrica
				Estimular dietas laxativas
				Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais
***Edema em membro esquerdo	Edema em membro inferior esquerdo	Deambulação		Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário

	melhorado			*Manter membro edemaciado elevado
Mobilidade Prejudicada	Mobilidade melhorada	Segurança do paciente		Auxiliar na mobilidade no leito
				Realizar mudança de decúbito
				*Auxiliar na deambulação
Ingestão nutricional prejudicada			Continuidade do tratamento	Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente
Tristeza Crônica			Aceitação a condição de saúde	Proporcionar métodos de distração
Fadiga		Fadiga melhorada		Identificar e controlar fatores que levam o paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação
				Proporcionar descanso ao paciente

*Não consta no subconjunto

**Acrescentou-se o julgamento

***Acrescentou-se a localização

No paciente do caso 3, foram identificados nove diagnósticos de enfermagem, - oito do aspecto/conforto físico, e um do aspecto/conforto psicológico. Foi preciso acrescentar a localização para o diagnóstico de enfermagem **Edema**. Para cada diagnóstico identificado, foram alcançados os resultados esperados, levando em consideração os níveis de conforto, e feitas as intervenções de enfermagem - 23 - das quais **Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso, Manter membro edemaciado elevado e Auxiliar na deambulação** não constam no subconjunto.

Caso 4 - Paciente em cuidados paliativos

F.P.F - 32 anos, do sexo feminino, manicure, natural de João pessoa, católica, com o ensino médio completo. Diagnosticada com neoplasia maligna de cólon com lesão invasiva, submeteu-se a uma cirurgia de ressecção de tumor de cólon, com realização de colostomia; passou por três sessões de quimioterapia; foi admitida no serviço, devido a duas convulsões que sofreu em casa; lúcida, orientada, eupneica, em tratamento clínico; referiu sede intensa, com mucosa oral desidratada e íntegra; negou tabagismo, uso de álcool ou outras drogas ilícitas; apresentou quadro hipertensivo; abdômen flácido, dolorido à palpação, funções excretoras comprometidas, colostomia funcionante com fezes amolecidas, sonda vesical de demora, com diurese presente de coloração hemática; hidratação venosa periférica; parestesia e parestesia em membros inferiores; restrita ao leito; apetite comprometido; sono e repouso prejudicados; apresentou sonolência; falou que não queria mais participar de atividades desempenhadas com a filha antes da doença. Dados: P=52 kg; Alt=1,550m. Atribuiu nota 7 (sete), na escala de dor, e 6 (seis), na escala de conforto; queixou-se do tipo de conforto físico (dor). T= 36,0°, P= 98btm, R= 20 mov/min. Pa=130/90 mmhg.

1º dia – A paciente se queixou de sonolência e de não ter dormido durante a noite devido a uma dor intensa no reto e a uma cefaleia intensa; foi prescrito analgésico leve para ser administrado se fosse necessário; o médico assistente foi informado de que o esquema analgésico não atendia à necessidade da paciente; ela estava usando diurético,

anticonvulsivante, anti-hipertensivo, corticoides e um concentrado de hemácias; fez tomografia computadorizada com contraste;

2º dia – A paciente falou que a dor, à qual ela atribuiu 9 (nove), havia piorado. Foi administrada medicação prescrita, feitas intervenções de enfermagem e implementada instilação contínua em sonda vesical de demora. Resultado da tomografia: implantes secundários cerebrais;

3º dia – A paciente queixou-se de dor intensa; solicitamos do médico responsável uma reavaliação do esquema analgésico, e houve uma mudança no esquema de analgesia; continuava sonolenta;

4º dia – A dor no reto melhorou e foi avaliada com nota 7 (sete), na escala de dor, e 6 (seis), na escala de conforto. Foi indicada avaliação da radioterapia para metástase cerebral;

5º dia - O quadro algico manteve-se melhor; a paciente apresentava alteração da função renal e infecção urinária.

Quadro 21 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
**Dor crônica irruptiva em região do reto	Dor crônica melhorada			Avaliar da dor de acordo com escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
				Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
				Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor
				*Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	Conforto		*Cuidados com estoma
Risco de infecção	Ausência de infecção		Continuidade do Tratamento	Instituir precauções de acordo com a instituição
				Promover a ingestão nutricional adequada
				Lavar as mãos antes e após manusear o paciente
Mobilidade Prejudicada	Mobilidade melhorada	Segurança do paciente		Auxiliar na mobilidade no leito
				Realizar mudança de decúbito
				*Auxiliar na deambulação
Confusão	Confusão melhorada			Manter ambiente seguro
				*Avaliar risco de drogadição

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
Pressão arterial alterada (hipertensão)	Pressão arterial normal			Garantir tratamento anti - hipertensivo adequado
Aceitação do estado de saúde;		Busca de estado de saúde;		Manter atitude em relação a doença
				Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e possibilidade de melhora
***Dor aguda (cefaleia)	Cefaleia melhorada		Realização das atividades diárias	Avaliar da dor de acordo com as escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
Padrão de sono alterado		Padrão de sono melhorado		Avaliar as causas de padrão de sono alterado
				Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono com a execução do plano de cuidados
Isolamento Social		Isolamento social ausente	Voltar à rotina habitual	Atentar para sinais de depressão

*Não consta no subconjunto

** Foram acrescentados a localização e o julgamento

***Acrescentou-se a localização

No paciente do caso 4, foram identificados 10 (dez) diagnósticos de enfermagem – sete, do aspecto/conforto físico; dois, do aspecto/conforto psicológico; e um, do aspecto/conforto sociocultural e espiritual. Foi necessário acrescentar a qualidade e a localização para o diagnóstico de enfermagem **Dor crônica**, porquanto ambas são imprescindíveis para avaliar a conduta terapêutica. Para o diagnóstico de enfermagem **Dor aguda**, foi preciso colocar a localização. Para cada diagnóstico identificado, foram alcançados os resultados esperados, levando em consideração os níveis de conforto, e traçadas as intervenções de enfermagem, que somaram 20. **Avaliar risco de drogadição, Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e à possibilidade de melhora, Auxiliar na deambulação, Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso, Cuidados com estoma, e Manter atitude em relação à doença** não constam no subconjunto.

Caso 5 - Paciente em tratamento cirúrgico/quimioterápico

I.S, 48 anos, do sexo feminino, auxiliar de serviços gerais, natural de João Pessoa, católica, ensino fundamental incompleto. Foi diagnosticada com câncer de vesícula biliar, submeteu-se a uma cirurgia colecistectomia, com derivação bílio-digestiva, e a tratamento quimioterápico; estava lúcida, orientada, dispneica, refere náusea e vômito e usa antiemético. Nega tabagismo, uso de álcool ou outras drogas ilícitas; emagrecida, abdômen distendido, dolorido à palpação; diurese presente; evacuação ausente; hidratação venosa periférica, restrita ao leito; apetite prejudicado, não consegue se alimentar; sono e repouso prejudicados. Dados: P=42 kg; Alt=1,47m. Atribuiu nota 9 (nove), na escala de dor, e 8 (oito), na escala de conforto; queixou-se do tipo de conforto físico (dor), ambiental (calor) e psicológico (baixa auto estima). T= 36,0°, P= 98btm, R= 20 mov/min. Pa=110/70 mmhg.

1º dia – A paciente queixou-se de dor intensa na região do estômago; foram prescritos analgésicos e antiácidos; apresentou episódio de vômito de coloração clara, não aceitou a dieta e queixou-se de um “grande cansaço”;

2º dia – A paciente não mencionou melhora da dor e avaliou-a com nota 9 (nove); teve náuseas e vômito de coloração escura; foi colocada sonda nasogástrica em sinfonagem e drenado 500 ml de líquido de estase; a dieta oral foi zero, manteve-se a sonda aberta, foi administrada medicação prescrita e intervenções de enfermagem; queixou-se de desconforto nas narinas devido ao dispositivo gástrico;

3º dia – A paciente continuava com queixa de dor moderada - 6 (seis) na escala; a sonda foi mantida aberta, com diminuição do débito, 200ml em 24h; falou que sentia saudades de sua rotina, de arrumar os cabelos e lamentou por não poder usar a prótese dentária e por não se sentir forte para manter sua vida sexual quando voltar para casa;

4º dia – A sonda foi mantida aberta com pouco débito, e dieta zero. Houve uma melhora significativa no quadro álgico e nas náuseas;

5º dia – A sonda nasogástrica foi retirada e iniciada dieta oral, com boa aceitação; o paciente referiu dor leve, ausência de vômitos e náusea moderada.

Quadro 22 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5, incluindo os diagnósticos, os níveis de conforto/resultados e as intervenções de enfermagem. João Pessoa, 2016.

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
**Dor crônica Intensa	Dor crônica melhorada			Avaliar a dor de acordo com escalas
				Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia
				Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor
				Investigar com o paciente, fatores que aliviam ou pioram a dor
Risco de constipação		Risco de constipação ausente		Estimular ingestão hídrica
Fadiga		Fadiga melhorada		Proporcionar repouso ao paciente
Ingestão nutricional prejudicada		Ingestão nutricional melhorada		Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente
				Avaliar causas da Ingestão nutricional prejudicada
Náusea	Náusea melhorada			Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos
*Vômito	Vômito melhorado			Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos
Baixa autoestima situacional		Melhora na autoestima		Promover a autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos
				Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente

Diagnósticos de Enfermagem	Nível de conforto			Intervenções de enfermagem
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência	
Falta de conhecimento sobre a doença		Conhecimento sobre a doença		Orientar sobre processo patológico
				Orientar sobre processo doloroso

**Acrescentado o julgamento intensa

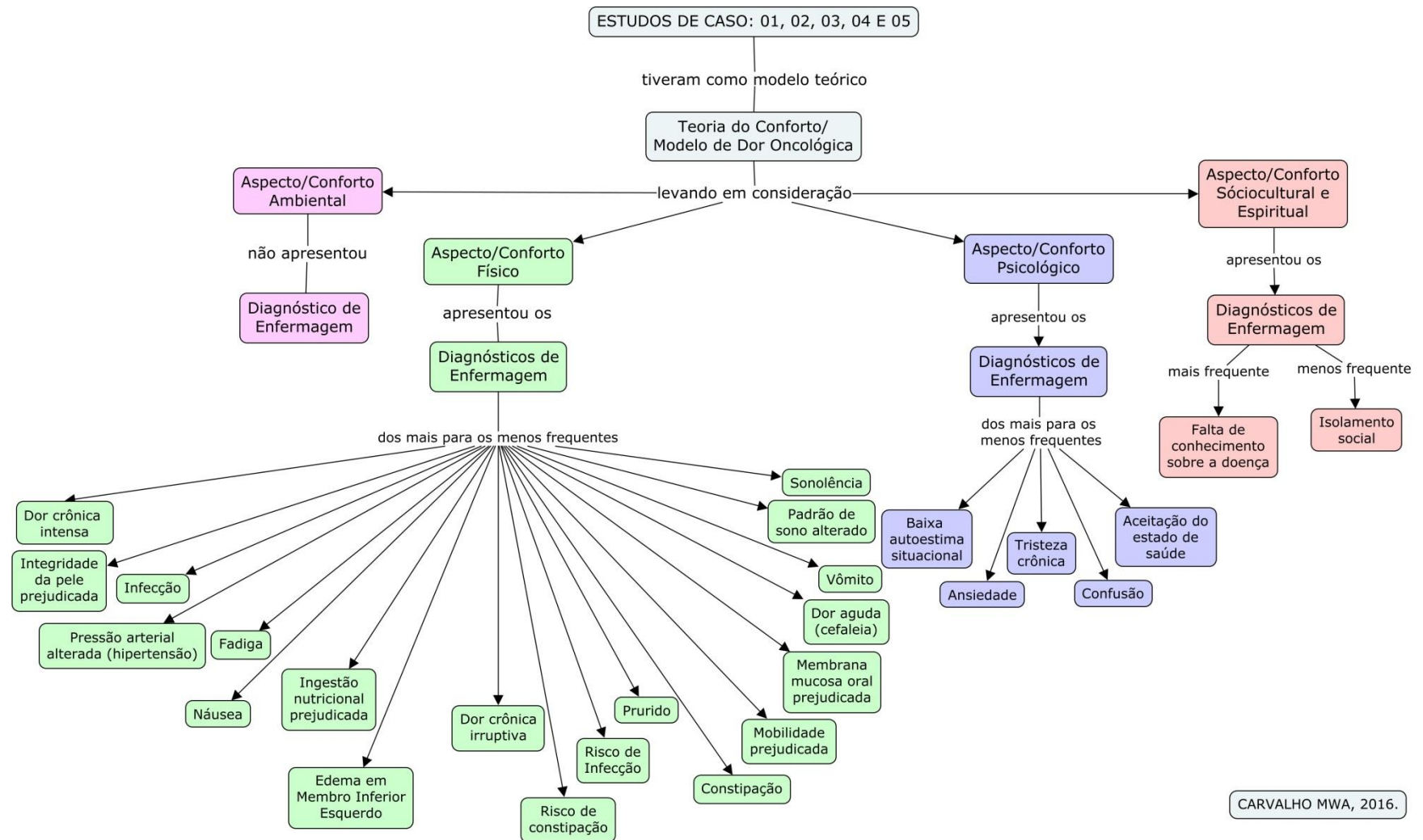
*Não consta no subconjunto

No caso 5, foram identificados oito diagnósticos de enfermagem, dos quais, seis do aspecto/conforto físico; um, do aspecto/conforto psicológico; e um, do aspecto/conforto sociocultural e espiritual. Foi necessário acrescentar o diagnóstico, **Vômito** que não constava no subconjunto. Para cada diagnóstico identificado, foram alcançados os resultados esperados, levando em consideração os níveis de conforto, e feitas as intervenções de enfermagem, que somaram 13, todas constantes no subconjunto.

Os diagnósticos/resultados de enfermagem e as intervenções de enfermagem que sofreram alterações nos estudos de caso não foram modificadas no subconjunto e ficaram da mesma forma em que passaram pelo processo de validação. As modificações fazem parte do raciocínio diagnóstico e da tomada de decisão do profissional que assiste o paciente, que devem estar presentes em outros eventos, e o enfermeiro pode ficar livre para exercer o seu papel.

Para se ter uma ideia geral dos diagnósticos de enfermagem encontrados nos estudos de casos realizados, foi feito um mapa conceitual, distribuído por aspecto/conforto a partir do modelo teórico utilizado, como consta na figura 22.

Figura 22 – Mapa conceitual estruturado a partir do modelo teórico e dos diagnósticos presentes nos estudos de casos 1, 2, 3, 4 e 5. João Pessoa, 2016.



A figura 22 representa os cinco estudos de caso feitos nessa etapa. Foram identificados 26 conceitos distintos de diagnósticos/resultados - 19 (73,0%), no aspecto/conforto físico (Constipação, Dor aguda (cefaleia), Dor crônica intensa, Dor crônica irruptiva, Edema no membro inferior esquerdo, Fadiga, Infecção, Ingestão nutricional prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Membrana mucosa oral prejudicada, Mobilidade prejudicada, Náusea, Padrão de sono alterado, Pressão arterial alterada (hipertensão), Prurido, Risco de constipação, Risco de infecção), cinco (19,3%), no aspecto/conforto psicológico (Aceitação do estado de saúde, Ansiedade, Baixa autoestima situacional, Baixa autoestima situacional, Confusão, Tristeza crônica), e dois (7,7%) no aspecto/conforto sociocultural e espiritual (Falta de conhecimento sobre a doença, Isolamento social). Vale ressaltar que o diagnóstico ‘Vômito’ não consta no subconjunto, portanto, consideram-se 25 diagnósticos identificados no estudo, constantes no subconjunto. Pode-se afirmar que eles correspondem a 52% dos diagnósticos/resultados validados no Subconjunto Terminológico CIPE[®] para pacientes com dor oncológica.

O uso das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem na estrutura do subconjunto foi de suma importância para a realização de diagnósticos de enfermagem precisos e confiáveis, e pode facilitar a utilização prática.

As intervenções de enfermagem utilizadas nos estudos de caso, listadas no quadro 22, retratam os cuidados de conforto no atendimento aos níveis de alívio, tranquilidade e transcendência.

Quadro 23 – Compilado das intervenções de enfermagem dos estudos de caso. João Pessoa, 2016.

Intervenções de Enfermagem	
Administrar antialérgicos;	Instituir precauções de acordo com a instituição;
Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso;	Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor;
Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia;	Isolar o paciente se necessário;
Atentar para sinais de depressão;	Lavar as mãos antes e após manusear o paciente;
Auxiliar na deambulação;	Manter ambiente seguro;

Intervenções de Enfermagem	
Auxiliar na mobilidade no leito;	Manter higiene oral;
Avaliar causas da Ingestão nutricional prejudicada;	Manter lençóis limpos e lisos;
Avaliar da dor de acordo com escalas;	Manter membro edemaciado elevado
Avaliar o grau de ruptura da pele;	Manter mucosa oral hidratada;
Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais;	Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas;
Avaliar risco de drogadição;	Mobilizar o paciente no leito, se adequado;
Cuidados com estoma;	Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário;
Curativo diário;	Orientar quanto ao consumo de pequenas quantidades de alimentos;
Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado;	Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor;
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos;	Orientar sobre processo patológico;
Estimular dietas laxativas;	Promover a autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos;
Estimular ingestão hídrica;	Promover a ingestão nutricional adequada;
Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário;	Promover higiene oral frequentemente;
Evitar alimentos quentes e condimentados;	Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente;
Evitar comentários negativos;	Proporcionar descanso ao paciente;
Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente;	Proporcionar métodos de distração
Garantir continuidade do cuidado;	Proporcionar repouso ao paciente;
Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado;	Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada;
Garantir tratamento farmacológico com medicamentos antieméticos;	Realizar bochechos com analgésicos tópicos antes das refeições;
Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição;	Realizar mudança de decúbito;
Identificar e controlar fatores que levam o paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação;	

O quadro demonstra o que foi compilado das intervenções de enfermagem utilizadas nos cinco estudos de caso. Algumas intervenções foram indicadas para mais de um diagnóstico de enfermagem. Foram 108 intervenções de enfermagem. Retiradas as repetições, conta-se com 51 intervenções, dessas, sete (Realizar bochechos com analgésicos tópicos antes das refeições, Manter membro edemaciado elevado, Cuidados com estoma,

Atentar para sinais de depressão, Auxiliar na deambulação, Ajustar o horário da medicação prescrita a realização do procedimento doloroso e Avaliar risco de drogadição) não constam nesse subconjunto, portanto, finalizou-se com 44 intervenções de enfermagem constantes, o que corresponde a 35,2% das validadas no Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica.

Obteve-se uma média de quatro intervenções de enfermagem por diagnóstico, porque elas se repetiram em mais de um diagnóstico de enfermagem.

Partindo do princípio de que a dor oncológica é o foco do cuidado de enfermagem e que apresenta causas multidimensionais, ela não se esgota em apenas um diagnóstico, mas em vários que, se forem cuidados e aliviados, favorecem ao doente acometido de câncer uma melhora significativa em sua vida. Os diagnósticos de enfermagem observados nos estudos de caso descrevem claramente o perfil de um paciente com dor oncológica, e as intervenções de enfermagem feitas com a resolução dos problemas encontrados proporcionaram alívio e conforto ao paciente em diferentes fases do processo saúde-doença.

Para Florence Nightingale (1989), o conforto é um importante aspecto do cuidado, e a qualidade da assistência de enfermagem é uma prática de responsabilidade básica da enfermeira. É subjetivo e individual, portanto, o profissional deve ter a sensibilidade de olhar quem está sob seus cuidados de enfermagem, reconhecer suas necessidades de conforto e proporcionar-lhe bem-estar naquela circunstância. Ressaltamos que o diálogo e a disponibilidade do enfermeiro para descobrir as necessidades de cuidados omitidos pelo paciente são sobremaneira relevantes (PONTE, 2015).

Kolcaba (2003) descreve a dor como o tema mais prevalente de necessidade de conforto relacionada ao processo de doença. Este estudo aponta o diagnóstico **Dor crônica** como o mais evidenciado, já que se apresentou nos cinco casos. Porém, devem-se acrescentar os termos “intensa” e “irruptiva”. Estudo mostra que, em pacientes oncológicos, a dor é o principal fator que desencadeia desconforto, aparece como a queixa principal nos serviços de emergência e pode estar associada a “náuseas”, “vômitos” e febre. (BOAVENTURA; VEDOVATO; SANTOS, 2015). Na modalidade dor intensa/muito intensa, está presente em 30% dos pacientes acometidos por essa afecção (INCA, 2002).

Por ser um processo crônico em uma patologia crônica, Serrano (2016) confirma esse achado, quando afirma que 89% dos pacientes com câncer sentem dor crônica e que ela desencadeia outras afecções de saúde, como depressão e ansiedade. Como cuidados de conforto para esse diagnóstico, foram efetivadas as seguintes intervenções: Ajustar o horário da medicação prescrita para a realização do procedimento doloroso; Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia; Avaliar a dor de acordo com escalas; Avaliar o controle da dor; Avaliar a dor de acordo com as escalas; Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor; Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor, com as quais foi possível atingir o nível de conforto alívio para que os pacientes pudessem seguir com o curso de seu tratamento.

Convém enfatizar que só é possível obter os níveis/resultados de conforto satisfatórios para esse diagnóstico, com a interação multidisciplinar, pois a dor só é aliviada, na maioria das vezes, com o uso adequado de analgesia. Esse foi o fator que apresentou mais dificuldade de ser resolvido. O estudo mostrou, ainda, que, mesmo diante da evidência de dor, não havia medicação analgésica prescrita ou, se havia, não era suficiente. Além da confirmação desse dado, Morete e Minson (2010) enfatizam que a dor relacionada ao câncer continua afetando significativamente a saúde pública do país.

O diagnóstico de enfermagem **Integridade da pele prejudicada** foi identificado em quatro casos. Sua frequência se deve à própria condição patológica do paciente, à má condição nutricional (VALENÇA et al., 2013), à neoplasia de base (MOREIRA; ROSMANINHO; SILVA, 2016) e às metástases (LISBOA; VALENÇA, 2016). Constatamos que os pacientes do estudo são submetidos, com frequência, a procedimentos invasivos, como punções venosas para terapias parenterais, principalmente a quimioterapia, que pode causar danos irreparáveis ao tecido, caso haja extravasamento, coleta de material para exames laboratoriais, infusões de contrastes para exames de imagem, sondagens, além de lesões tumorais primárias na pele e lesões metastáticas. Todos esses fatores causam desconforto físico ao paciente. Assim, para essa necessidade de conforto, foram realizados os seguintes cuidados de conforto: Avaliar o grau de ruptura da pele; Cuidados com estoma; Manter a higiene da pele; Manter lençóis limpos e lisos; Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas; Mobilizar o paciente no leito, se adequado; Realizar curativo oclusivo e limpo na área afetada. O diagnóstico de enfermagem **Prurido** potencializa o diagnóstico anterior e

pode ser causado por alguns tipos de câncer, como o linfoma, que causa erupções cutâneas, leucemia e mieloma, e por reação medicamentosa e infecção (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016). No caso do paciente portador dessa afecção cutânea, pouco se podia fazer, pois o seu estado de desconforto era causado pela doença de base, e só os cuidados de alívio surtiriam efeito nesse caso. Para esse problema, os cuidados de conforto foram: Administrar antialérgicos e Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição.

Os diagnósticos de enfermagem **Risco de constipação** e **Constipação** se apresentam em pacientes oncológicos decorrente de várias causas provenientes do curso da doença, como o uso de opioides, pouca mobilidade, ingestão alimentar e hídrica baixa, distúrbios hidroeletrólíticos, compressão tumoral, danos neurológicos, que alteram a motilidade intestinal da ausência de privacidade e desconforto (CORRÊA, SHIBUYA, 2007). Os sinais são: dor, distensão abdominal, perda do apetite, náusea e vômito, incapacidade de urinar e confusão (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016). Todos esses fatores servem como um diferencial para elaborar outros diagnósticos de enfermagem que podem ser confundidos com essa sintomatologia, razão por que é preciso estabelecer as prioridades. Na relação de fatores de contribuição importantes para o conforto físico apresentado por Kolcaba (2003), a função intestinal regular também se apresenta como um dos mais importantes e que proporcionam mais desconforto. Deveria estar presente em todos os pacientes, desde que a analgesia correta estivesse sendo empregada.

Ressaltamos que a constipação, decorrente do uso de opioides, em pacientes oncológicos é frequente, pouco reconhecida e, comumente, tratada de forma inadequada, o que prejudica a qualidade de vida e impede a adesão ao tratamento analgésico. Isso requer uma equipe multiprofissional para a implementação de ações adequadas para promover o alívio, o conforto e o bem-estar do paciente (AGRA et al., 2013).

No paciente em que foi identificado o diagnóstico de constipação, vários indicadores apresentados na literatura foram observados, como pouca mobilidade, baixa ingestão alimentar e falta de privacidade. Os cuidados de conforto prescritos para esse diagnóstico foi: Estimular ingestão hídrica; Estimular dietas laxativas e Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais.

O diagnóstico de enfermagem **Infecção** é observado com frequência no paciente oncológico, que, ao longo de todo o tratamento, corre riscos que envolvem a própria doença de base (câncer) bem como o tratamento e a assistência (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016). Na observação direta dessa clientela, as feridas apresentadas decorrentes das metástases e da própria patologia apresentavam infecção com odor fétido, além do risco proveniente dos procedimentos invasivos e da própria internação no ambiente hospitalar. O fator odor é descrito na teoria utilizada como conforto ambiental, que gera desconforto tanto para o paciente quanto para os que compartilham o mesmo quarto. Curiosamente, esse fato não foi sinalizado em nenhum momento.

O enfermeiro é responsável pela segurança do paciente e deve oferecer meios para que haja uma assistência segura e de boa qualidade. A segurança do paciente é definida como um conjunto de ações cujo objetivo é de diminuir, para um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2014), e a prevenção da infecção inviabiliza o diagnóstico de **Risco de infecção**, para o qual foram realizadas as seguintes intervenções: Instituir precauções de acordo com a instituição; Promover a ingestão nutricional adequada; Lavar as mãos antes e depois de manusear o paciente.

O diagnóstico de enfermagem **Pressão arterial alterada** foi submetido ao processo de validação nesse subconjunto, mas foi preciso mencionar qual seria a alteração, portanto foi colocado entre parêntese o termo hipertensão.

Existe uma relação entre câncer e hipertensão, principalmente pelo fato de que os dois agravos compartilham os mesmos fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, tabagismo, alimentação inadequada e abuso de álcool, bem como alguns tratamentos como a radioterapia e a quimioterapia que, além de poder ter como efeito colateral a hipertensão, aumentam a sobrevida do doente e levam ao seu desenvolvimento, induzindo a um aumento de morbimortalidade em pacientes oncológicos e hipertensos, fato que merece uma atenção especial para o cuidado e a prevenção de agravos cardiovasculares (SOUZA et al., 2015). As intervenções para os cuidados de conforto foram: Garantir tratamento anti-hipertensivo adequado e Verificar sinais vitais quatro vezes por dia.

O diagnóstico de enfermagem **Fadiga** se apresenta com mais frequência em pacientes com câncer gástrico (NICOLUSSI et al., 2014), caso identificado na paciente do

estudo. A fadiga é extensamente sinalizada como um sintoma de alta prevalência nas pessoas com diagnóstico de câncer e em tratamento. Envolve fatores psicológicos, sociais e efeitos colaterais do tratamento e é um tema difícil de delinear, devido à grande variedade de sinais e sintomas que acarretam entraves de propostas de medidas resolutivas e preventivas (MENEZES; CAMARGO, 2006). O paciente portador desse sintoma sente-se desconfortável, por não conseguir desempenhar suas atividades rotineiras. Em casos como esse, a intervenção para proporcionar mais conforto consiste em proporcionar repouso ao paciente. A sintomatologia da fadiga é similar à sonolência, a diferença é de que essa não melhora com a reposição do sono.

O diagnóstico de enfermagem **Sonolência** se caracteriza como uma condição em que o paciente sente muito sono durante o dia ou necessidade de dormir mais durante a noite (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2016). É comum em tumores cerebrais, metástases e drogas, como antidepressivos, anticonvulsivantes, antieméticos e quimioterápicos. Para esses pacientes, foram traçadas as seguintes intervenções: Avaliar risco de drogadição e Proporcionar sono e repouso ao paciente. Esse diagnóstico pode estar incluído no **Padrão de sono alterado**, que pode estar relacionado também a vários fatores, inclusive, ao conforto ambiental, no que diz respeito à modificação desse padrão devido ao barulho, ao compartilhamento do quarto e ao horário dos cuidados. As medidas de conforto elencadas foram: Avaliar causas de padrão de sono alterado e Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono à execução do plano de cuidados.

Os diagnósticos de enfermagem **Baixa autoestima situacional**, **Aceitação do estado de saúde**, **Ansiedade**, **Confusão** e **Tristeza crônica** foram as necessidades de conforto elencadas para o aspecto conforto psicológico. O câncer é uma doença que, geralmente, desencadeia sofrimento físico e emocional no paciente, que lhe afeta a autoestima devido às mudanças ocorridas durante o processo de adoecimento. A **baixa autoestima situacional** pode desencadear alterações físicas e psíquicas (MATOS et al., 2016). Neste estudo, foram adotados os seguintes cuidados de conforto: Promover a autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos; Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente.

Pacientes com doença avançada podem apresentar além de agravos físicos, vários sintomas de sofrimento em várias esferas, tais como: medo de ficar sozinho, tristeza pelo abandono dos planos da vida, perda das pessoas próximas, dependência, e o medo da morte (OLIVEIRA, 2008). O diagnóstico de enfermagem **Tristeza crônica** é encontrado geralmente neste paciente cuja assistência prestada deve contar com os cuidados de conforto de: Proporcionar métodos de distração.

O estado confusional agudo é uma síndrome cerebral orgânica transitória, em que surge o distúrbio de atenção e de cognição, com alterações psicomotoras, e está presente em cerca de 40% dos pacientes oncológicos em fase avançada da doença. Nesse caso, o paciente apresenta: déficit de concentração, diminuição da memória para fatos recentes, desorientação, ideias paranoides, alucinações (linguagem incoerente), inquietude (sonolência e/ou aumento da atividade motora) e comportamento agressivo (CORADAZZI; OLIVEIRA, 2011). Esses fatos contribuem para o diagnóstico de enfermagem **Confusão**, para o qual foram realizados os seguintes cuidados de conforto: Manter ambiente seguro e Avaliar risco de drogadição.

Alguns fatores, como tipo de câncer e do estágio, o tempo de diagnóstico, a aceitação do paciente e a intensidade da doença, afetam a qualidade de vida do doente (HEYDARNEJAD; HASSANPOUR; SOLATI, 2011). O diagnóstico de enfermagem **Aceitação do estado de saúde** é de grande valia e requer um processo peculiar de interação com o paciente, que começa a compreender as alterações de saúde que envolvem sua vida. As intervenções realizadas foram: Manter atitude em relação à doença e Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e à possibilidade de melhora.

A **ansiedade** no paciente com câncer pode estar relacionada à dor, à depressão, ao tratamento, a sintomas gastrointestinais e a problemas sexuais. Esses dados revelam uma origem multifatorial e sugerem a necessidade de abordagem em vários campos: fisiológico, cognitivo, emocional e de relacionamento (SANTOS et al., 2014). Assim, foram realizadas as intervenções: Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos e Garantir a continuidade do cuidado.

Os diagnósticos de enfermagem **Falta de conhecimento sobre a doença** e **Isolamento social** estão presentes no conforto sociocultural, que se refere às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo finanças, educação e apoio (KOLCABA, 1997). O diagnóstico de enfermagem **Isolamento social** envolve as dificuldades sentidas pela família advindas da doença e produto do fato de não querer dividir essas dificuldades com o outro, tendo como resultado o comprometimento da socialização (CARVALHO, 2012). Para esse diagnóstico, o cuidado de conforto incluiu ‘Atentar para sinais de depressão’ e para a **Falta de conhecimento sobre a doença**: Orientar sobre processo patológico e Orientar sobre processo doloroso. O enfermeiro é responsável por compartilhar com os pacientes e os familiares informações importantes sobre cada caso e adotar competências para que saibam lidar com a doença nas situações diárias (CARVALHO, 2012).

Kolcaba (2003) afirma que os aspectos de conforto estão inter-relacionados, e a tentativa de medi-los particularmente é confusa, entretanto, deve-se estabelecer um padrão de cuidado, visto que as necessidades de conforto dos pacientes são, indiscutivelmente, avaliadas nos quatro contextos. A autora acrescenta que resolver todas as necessidades de conforto em situações estressantes de saúde, em que as necessidades de conforto são elevadas, é um fato raro e propõe que o objetivo dos cuidados de saúde seja de aumentar o conforto em comparação com uma situação anterior. Esse é o resultado imediato de uma equipe de saúde que pratica cuidados de conforto.

Diante do exposto, conclui-se o quanto é difícil definir conceitos diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica, pois, em seu quadro de curso de doença, com suas sintomatologias, efeitos colaterais das drogas terapêuticas, da radioterapia, da cirurgia e de tantos outros achados peculiares desses pacientes, notamos que os conceitos, em alguns momentos, são um diagnóstico, e nos seguintes, servem como características de outros, como a náusea, que pode ser um conceito diagnóstico por si ou estar presente como característica de uma dor aguda intensa.

O diagnosticador de enfermagem em oncologia requer precisão para avaliar e decidir sobre um diagnóstico diferencial apresentado pelo paciente e realizar as

intervenções de enfermagem que sirvam para melhorar o estado de conforto atual e estimulá-lo a buscar saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de casos de pacientes com câncer vem aumentando sobremaneira anualmente. Devido a isso, surge um grande problema de saúde que deve ser priorizado pela Enfermagem - a dor oncológica, o mais temido sintoma da doença, pois interfere nas funções físicas, psicológicas, sociais e espirituais e traz para o paciente uma gama de sensações pouco controladas com os tratamentos.

A Enfermagem, uma ciência cujo foco principal é o cuidar, não pode ficar omissa na gestão do cuidado dessa clientela. Esse fato culminou na necessidade de se obter um instrumento tecnológico para ser utilizado na prática, visando prestar uma assistência que possibilitasse mais aproximação com o bem-estar do cliente. Nessa perspectiva, foi construído o Subconjunto terminológico CIPE[®] para pacientes com dor oncológica validado neste estudo. Para elaborar os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, foram empregadas as diretrizes da CIPE[®], da ISO 18.104:2014 e da ISO/TS 22789:2010, e como eixos principais o Modelo de Dor Oncológica, que divide a dor oncológica em duas categorias, e a Teoria do Conforto, que classifica o conforto em quatro contextos: o físico, o psicológico, o psicoespiritual e o ambiental, atendidas as dimensões alívio, tranquilidade e transcendência. Neste estudo, o contexto ambiental não foi estudado.

Considerando os resultados obtidos, o objetivo desta pesquisa foi alcançado, já que foi possível validar um Subconjunto terminológico CIPE[®] para pacientes com dor oncológica, que resultou na validação de 48 diagnósticos de enfermagem e 125 intervenções de enfermagem, organizados em três grandes aspectos: os aspecto/conforto físicos, o aspecto/conforto psicológico e o aspecto/conforto sociocultural e espiritual.

Ressaltamos que o fato de esse subconjunto ser para uma clientela específica, não limita o seu uso em oncologia, porque pode ser utilizado nas diversas faces do paciente oncológico, tampouco a quantidade de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem contida nesse instrumento impede que o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão sejam soberanos e decisivos na assistência direta ao paciente, fato que colabora para a inclusão de novos achados, que só surgirão com a aplicabilidade constante na prática.

Esse subconjunto não deve se esgotar em si mesmo, visto que é um material muito útil para ser empregado na formação de profissionais e de alunos e que poderá facilitar o entendimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem e o cuidado dispensado ao paciente com dor oncológica. Trata-se de um material com que se podem desenvolver novas pesquisas, no âmbito da Teoria do Conforto, do modelo utilizado e da CIPE[®], que, por estar em constante desenvolvimento, requer uma gama de estudos que permitam a sua expansão como classificação para a prática.

Utilizar esse subconjunto na prática é uma forma de avaliar com mais propriedade seus benefícios, suas limitações e sua utilidade e retirar ou acrescentar termos, a fim de transformá-lo em um instrumento maleável e capaz de induzir uma mudança na assistência, vislumbrando o direito do paciente ao alívio da dor em todas as suas esferas.

Por fim, o produto foi validado e deverá ser difundido, para que a Enfermagem seja contemplada com uma prática responsável e voltada para uma assistência de boa qualidade, principalmente para a clientela a que se destina esse material - o paciente com DOR ONCOLÓGICA.

REFERÊNCIAS

- A.C.CAMARGO CANCER CENTER. Especialidades. Pacientes e tudo sobre câncer. **Central de Dor**, 2014. Disponível: <http://www.accamargo.org.br/especialidades/central-da-dor/7/> Acesso em: 25 ago 2014.
- AGRA, G.; FERNANDES, M.A.; PLATEL, I.C.S.; BARROS, N.C.B.; FREIRE, M.E.M. Intestinal constipation in patients with advanced oncological disease in use of opioides. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p.472-8, 2013.
- ALBUQUERQUE, L.M. **Construção de um Subconjunto Termonológico da CIPE® para Crianças e Adolescentes Vulneráveis à Violência Doméstica**. 2014. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2014.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3051-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> Acesso em: 17 jan 2016.
- APÓSTOLO J.; ANTUNES, M.; MENDES, A.; CASTRO, I. Conforto/Desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [periódico na Internet]**, Porto, n.7, p.33-8, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100006&lng=pt. Acesso em: 25 set 2014.
- APÓSTOLO, J.L.A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**, Coimbra, v.2, n.9, p. 61-7, mar. 2009. Disponível em: http://web.esenfc.pt/pa3/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2133&pesquisa= Acesso em: 09 set 2014.
- APÓSTOLO, J.L.A.; KOLCABA, K.; AZEREDO, Z.A.; ANTUNES, M.T.C.; MENDES, A.C. Avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Psiquiátricos. **Psychologia**, n.44, p.489-504, 2007. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=4847&codigo=360930100. Acesso em: 25 ago 2014.
- AQUINO, O.S.; MELO, R.P.; LOPES, M.V.O.; PINHEIRO, A.K.B. Analysis of the concept of technology in nursing according to the evolutionary method. **Acta Paulista de Enfermagem**. [online], v.23, n.5, p.690-6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/en_17.pdf Acesso em: 20 ago 2015.

ARAÚJO, A.A. **Catálogo CIPE® para insuficiência cardíaca congestiva**. 2009. 90p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

BARTZ, C.; COENEN, A.; HARDIKER, N.; JANSEN, K. ICNP® Catalogues. In: 6TH BIENNIAL EUROPEAN NURSING DIAGNOSES, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 2007 Apr 19- 21. Amsterdam, Netherlands. **Anais...** Amsterdam : OUD CONSULTANCY; 2007, p.256-8.

BENNER, P. From novice to expert. **American Journal of Nursing**, v.82, n.3, p.402-7, 1982.

BERNHOFER, E. Ethics and pain management in hospitalized patients. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v.17, n.1, oct. 2011. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Ethics-and-Pain-Management.html> Acesso em: 25 set 2015.

BOAVENTURA, A.P.; VEDOVATO, C.A.; SANTOS, F.F. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. **Ciencia y enfermería [online]**, v.21, n.2, p.51-62, 2015. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200006 Acesso em: 16 jul 2016.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v.19, n.2, p.283-90, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009 Acesso em: 25 ago 2014.

BRANDÃO, E.S.; SANTOS, I.; LANZILLOTTI, R.S.; MOREIRA JUNIOR, A. Proposal for recognition of the comfort pattern in clients with pemphigus vulgaris using Fuzzy Logic. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.47, n.4, p.958-64, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0958.pdf Acesso em: 21 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento e referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (Brasil). Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n.º 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRYKCZYNSKI, K.A. De principiante a perito: excelência e poder na prática clínica. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. EUA, Mosby, 2002. 5 ed. Tradução, Lusociência, 2004. p.185-207.

BUCHHORN, S.M.M. **Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade**. 2014. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

C-HOBIC. Canadian Health Outcomes for Better Information and Care. **C-HOBIC Phase 2**, jan. 2015.

CARRARO, T.E.; KNOBEL, R.; FRELLO, A.T.; GREGÓRIO, V.R.P.; GRÜDTNER, D.I.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S.M.K. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.3, p.502-9, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf> Acesso em: 25 abr 2015.

CARRARO, T.E.; KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S.M.K.; FIEWSKI, M.F.C.; FRELLO, A.T.; MARTINS, M.S.; LOPES, C.V.; BERTON, A. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. esp., p.97-104, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500011 Acesso em: 25 abr 2015.

CARVALHO, M.W.A. **Catálogo CIPE® para dor oncológica**. 2009. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

CARVALHO, J.C. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [online], n.8, p.52-7, 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200008 Acesso em: 10 jul 2016.

CLARES, J.W.B. **Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2014.

COENEN, A.; KIM, T.Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, n.7, p.530-8, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434946> Acesso em: em 20 nov 2015

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**, Rio de Janeiro, 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE® versão 2: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0**. São Paulo: Algor Editora, 2011.

CORRÊA, P.H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.3, p.317-23, 2007. Disponível em: Acesso em: 21 abr 2016.

CORADAZZI, A.L.; OLOVEIRA, J.S. Controle de sintomas em pacientes oncológicos: eterno desafio. **Onco&**, abr.-maio 2011. Disponível em: <http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/04/cuidadospal-NET.pdf> Acesso em: 21 abr 2016.

CUBAS, M. R.; DENIPOTE, A. G. M.; MALUCELLI, A.; NÓBREGA, M. M. L. The ISO 18.104: 2003 as Integrative Model of Nursing Terminologies. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.4, p.669-74, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4204/5205> Acesso em: 20 abr 2014.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. International Classification for Nursing Practice (ICNP®): a revision of literature. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.12, n.1, p.186-94, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm> Acesso em: 20 abr 2014.

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardized Nursing Intervention of language mapping. **Nursing Diagnosis**, v.8, n.4, p.152-6, 1997. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1997.tb00471.x/abstract> Acesso em: 08 mai 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Comissão Nacional de Controlo da Dor. **Dor como 5.º Sinal Vital**. Registo sistemático da intensidade da Dor. Editor: Direção-Geral da Saúde - Design: Luciano Chastre - Impressão: Gráfica Maiadouro - Tiragem: 25.000 exemplares - Lisboa, 2011.

DOWD, T. Teoria do Conforto. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. EUA, Mosby, 2002. 5 ed. Tradução, Lusociência, 2004. p.481-495.

DURANTE, A.L.T.C.; TONINI, T.; ARMINI, L. R. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. **Revista Enfermagem UFPE online**. v.8, n.3,

p.530-6, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5849/8598>. Acesso em 20 nov 2015.

EHNFORS, M.; EHRENBORG, A. Applicability of the International Classification of Nursing Practice (ICNP[®]). **Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classification**, v.14, n.1, p.5-18, jan.-mar. 2003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2003.tb00052.x/abstract> Acesso em: em 19 nov 2014

FREITAS, K.S; MUSSI, F.C.; MENEZES, I.G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery**, v.16, n.4, p.704-11, out.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/09.pdf> Acesso em: 21out 2015.

FÉLIX, N.D.C. **Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE[®] para pessoas com síndrome metabólica**. 2016. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Regional do Cariri, Crato, 2016.

FERREIRA, J.C.; PATINO, C.M. What does the p value really mean? **Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]**, v.41, n.5, p.485-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/1806-3713-jbpneu-41-05-00485.pdf> Acesso em: em 15 mai 2016

FRUTUOSO, J.T.; CRUZ, R.M. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.3 n.2, p.107-14, nov. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v3n2/v3n2a05.pdf> Acesso em: 15 fev 2016.

FUZZI, L.P. Tipos de pesquisa de campo [Internet]. **Metodologia Científica**, 2010. Disponível em: <http://profludfuzzimetodologia.blogspot.com.br/2010/04/tipos-de-pesquisa-de-campo.html> Acesso em: 25 jul 2014.

GALDEANO, L.E.; FURUYA, R.K.; DELACIO, M.C.B.; DANTAS, R.A.S.; ROSSI, L.A. Validação semântica do Cardiac Patients Learning Needs Inventory para brasileiros e portugueses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.32, n.3, p.602-10, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300024 Acesso em: 28 abr 2015.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de Expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112> Acesso em: 28 abr 2015.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.371-5, maio-jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf> Acesso em: 28 abr 2015.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v.66, n.spec, p.142-50, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700018 Acesso em: 16 fev 2015.

GIBAUT, M.A.M.; HORI, L.M.R.; FREITAS, K.S.; MUSSI, F.C. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.5, p.1117-24, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf> Acesso em: 25 abr 2015.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, v.11, n.2, abr.-jun. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8923/6832> Acesso em: 19 jan 2016.

HEYDARNEJAD, M.S.; HASSANPOUR, D.A.; SOLATI, D.K. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. **African Health Sciences**, v.11, n.2, p.266-70, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158510/> Acesso em: 15 jul 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Incidência de câncer no Brasil, **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Inca, 2014. 124p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf> Acesso em: 25 abr 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Agência Nacional de Notícias**. Rio de Janeiro: Inca, 2014. Acesso a informações. Disponível: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee,2013>

INSTITUTO ONCOGUIA. **Problemas na pele**. 2013. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/problemas-na-pele/216/109/> Acesso em: 08 jul 2015.

25 abr 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Constipação**. 2013. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/constipacao/197/109/> Acesso em: 08 jul 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Problemas para dormir**. 2013. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/problemas-para-dormir/1338/109/> Acesso em: 08 jul 2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Global cancer observatory**. 2015. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/> Acesso em: 01abr 2016.

INTERNACIONAL CONCIL OF NURSES. **Guidelines for ICNP Catalogue Development**. Geneva: The Association; 2008a.

INTERNACIONAL CONCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice: Version 2013**. Disponível em: <http://www.icn.ch/es/pilares-a-programas/icnpr-translationsacesso> Acesso em: 08/09/2014.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Parthening with individuals and families to promote adherence to treatment**. Geneva: The association; 2008b.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Community Nursing**. Geneva: The association, 2011b.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP® to SNOMED CT Equivalency Table for Diagnosis and Outcomes Statements**. Geneva: The association, 2013b.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing practice Version 2**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2009.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nursing Care of Children with HIV and AIDS**. Geneva: The association, 2012b.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nursing Outcomes Indicators**. Geneva: The association, 2011a.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Palliative care for dignified dying**. Geneva: The association, 2009.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Pediatric Pain Management**. Geneva: The association, 2012a.

INTERNACIONAL SOCIETY OF NURSE IN CANCER CARE. **Cancer Pain Position Statement**, 2013. Disponível em: http://www.isncc.org/?page=Position_Statements Acesso em: 20 jan 14.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Taxonomy. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576> Acesso em: 20 jan 2013.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice**: Version 2011. [Online]; Disponível em: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/> Acesso em: 26 abr 2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 18104:2014: Health informatics - **Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems**. Genebra: ISO; 2014. Disponível em: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431 Acesso em: 02 ago 2014.

KOLCABA KY. A taxonomic structure for the concept comfort. Image Journal Nursing Scholarship, Winter, v.23, n.4, p.237-40, 1991. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf> Acesso em: 15 mar 2015.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research**. New York, NY: Springer Publishing Company, 2003.

KOLCABA, K. Conceptual Framework for Comfort Theory. **Comfort Line Introduction**, 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html> Acesso em 15 mar 2015.

KOLCABA, K.Y. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, v.19, n.6, p.1178-84, jun. 1994. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf> Acesso em: 15 mar 2015

KOLCABA, K.Y. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. ANS Advances in Nursing Science, v.15, n.1, p.1-10, sept. 1992. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1992%20-%20Holistic%20comfort%20operationalizing.pdf> Acesso em: 15 mar 2015

KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J. An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing, v.16, n.11, p.1301-10, nov. 1991. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1753026> Acesso em: 15 mar 2015

KOPF, A.; PATEL, N.B. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. Seattle, USA: IASP Press (Internacional Association for the Study of Pain), 2010. 418p.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LAMINO, D.A.; TURRINE, R.N.T.; KOLCABA, K. Cancer Patients caregivers comfort. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.278-84, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200278 Acesso em: 21 out 2015.

LISBOA, I.N.D.; VALENÇA, M.P. Characterization of Patients with Neoplastic Wounds
Caracterización de los Pacientes con Heridas Neoplásicas. **Revista Estima**, v.14, n.1, p.21-8, 2016. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/116/pdf> Acesso em: 16 jul 2016

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-85, 1986.

MARQUES, K.M.A.P. **Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem para pessoas com coronariopatias: diálogos profissionais pela pesquisa-cuidado e alcance de integridade institucional**. 2015. 184p. Tese (Doutorado em Cuidados clínicos) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MATOS, D.A.S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional daniel abud seabra matos confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/2750> Acesso em: 15 mai 2016

MATOS, J.C.; PONTIN, D.V.; ANDRADE, F.C.B.; ALVARENGA, E.V.A. Refletindo sobre a assistência de enfermagem a pacientes que sofrem com dor oncológica. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.2, p.1997-8, 2015. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1210/pdf_1 Acesso em: 10 jul 2016

MATTOS, K.; BLOMER, T.H.; CAMPOS, A.C.B.F.; SILVERIO, M.R. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Revista Psicologia & Saúde [online]**, v.8, n.1, p.01-6, 2016. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/481/587> Acesso em: 10 jul 2016

MEDEIROS, A.C.T. **Validação do subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa idosa**. 2014. 206p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MENEZES, M.F.B.; CAMARGO, T.C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v.14, n.3, p.442-7, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692006000300020 Acesso em: 03 jul 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis**, v.8, n.4, p.137-44, 1997. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1997.tb00468.x/pdf> Acesso em: 12 jun 2015

MOREIRA, A.; ROSMANINHO, I.; SILVA, J.P.M. Importância da biópsia cutânea: um caso clínico. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia [online]**, v.24, n.1, p.25-30, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212016000100003 Acesso em: 22 abr 2016.

MORETE, M.C.; MINSON, F.P. Tools for pain evaluation in cancer patients. **Revista Dor**, São Paulo SP, v.11, n.1, p.74-80, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf> Acesso em: 22 abr 2016.

MORSE, J.M. Comfort: the refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, v.1, n.1, p.91-106, feb. 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1493486> Acesso em: 25 abr 2015.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem [online]**, v.18, n.1, p.72-81, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf> Acesso em: 23 jun 2016

NAGHETTINI, M.; PINTO, E. J. A. **Hidrologia Estatística**. 1a ed. Belo Horizonte: CPRM – Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais – Superintendência Regional de Belo Horizonte, 2007.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN Guideline version 2 – Adult cancer pain**. NCCN Guideline version2, 2016. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf Acesso em: 20 abr 2016.

NASCIMENTO, D.M. **Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia**. 2013. 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

NASCIMENTO, L.A.; KRELING, M.C.G.D. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v.24, n.1, p.50-4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100007&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 16 jan 2013

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O.; CARDOZO, F.M.C; ANDRADE, V.; PAULA, J. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.1, p.132-40, 2014. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1475/pdf

NIGHTINGALE, F. Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, M.M.L. **A CIPE[®], a Sistematização da Assistência de Enfermagem e os Sistemas de Informação em Saúde** [slides]. João Pessoa (PB), 2012.

NÓBREGA, M.M.L. et al. Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®] no Brasil. In: CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.p.3-24.

NÓBREGA, M.M.L.; CUBAS, M.R.; MEDEIROS, A.C.T.; CARVALHO, M.W.A. Reflexões sobre a validação dos subconjuntos terminológicos da CIPE[®]. In: CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.25-36.

NOGUEIRA, L.G.F. **Subconjunto Termonológico da CIPE[®] para Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada**. 2014. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

NONINO, F.O.L.; NAPOLEÃO, A.A.; CARVALHO, E.C.; PETRILLI FILHO, J.F. A utilização do Mapeamento Cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.6,p.872-7, nov.-dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a13v61n6.pdf> Acesso em: 25 abr 2015.

OLIVEIRA, R.A. **Manual Cuidado Paliativo – CREMESP**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, J.M.M. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] para a pessoa idosa institucionalizada**. 2014. 118p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

OLIVEIRA, A.; LOPES, S.; LUZ, V. **O Paradigma Biomédico e Holístico face aos cuidados de enfermagem**. 2013. 70p. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Universidade do Mindelo, Escola Superior de Saúde, Mindelo, 2013.

OLIVEIRA, T.F. de; RODRIGUES, M.C.S. Nursing in the prevention of infection in totally implanted catheters of oncological patients. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.2, p.01-05, abr.-jun. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45523/28557> Acesso em: 25 jul 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños com enfermedades médicas**, 2012. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf Acesso em: 03 dez 2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínic**, São Paulo, v.25, n. 5, p. 206-13, set.-out. 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=228044&indexSearch=ID> Acesso em: 20 dez 2014.

PASQUALI, L. **Psicometria**. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2004.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Testes Referentes ao Construto: Teoria e Modelo de Construção. In: PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.165 -98.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.29, n.5, p.489-497, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646> Acesso em: 25 mai 2014.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Implementation of the care-research method based on the comfort theory: experience report. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.13, n.2, p.388-93, abr.-jun. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16439/pdf_201 Acesso em: 25 abr 2015.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F.; ARAGÃO, A.E.A.; GUEDES, M.V.C.; ZAGONEL, I.P.S. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.1, p.56-64, jan.-mar. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71430666007> Acesso em: 25 abr 2015.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F.; ARAGÃO, E.A.; GUEDES, M.V.C.; ZAGONEL, I.P.S. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Escola Anna Nery [online]**, v.16, n.4, p.666-73, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400004 Acesso em: 25 abr 2015.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Elsevier, 2013. 1424p.

POTT, F.S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J.V.C.; MEIER, M.J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v.66, n.2, p.174-9, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004 Acesso em: 21 out 2015.

PRADO, M.L. do; GELBCKE, F.L.; REIBNITZ, K.S.; RAMOS, F.R.S.; MARTINS, C.R. Higiene e conforto: percepções e sensações dos clientes dos serviços de saúde. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p.90-5, 2006.

QUEIROZ, S. M. B. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro**. 2014. 144f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2014.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UER, v.11, n.2, p. 32-7, abr.-jun. 2012. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324 Acesso em: 2o fev 2014.

ROSA, L.M.; MERCÊS, N.N.A.; SANTOS, V.E.P.; RADÜNZ, V. The confort's faces: from nurses and cancer patients points of view. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.410-4, jul.-set. 2008 Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=15130&indexSearch=ID>.

ROSSETTO, E.G.; MARTINS, T.B.; MEJIAS, N.A. Adaptação transcultural e validação do instrumento nurse parent support tool para a língua portuguesa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.10, n.2, p.1-10, may 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/3305/pdf>. Acesso em: 12 abr 2015.

SANTOS, L.J.F. Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v.27, n.2, p.96-100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000200096 Acesso em: 16 abr 2015.

SERRANO, S.C. **Dor crônica afeta a vida dos pacientes com câncer**. Sociedade Brasileira para estudo da dor. Disponível em: http://www.sbed.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=558&friurl=-Dor-cronica-afeta-a-vida-dos-pacientes-de-cancer- Acesso em: 16 abr 2015.

SILVA, A.L.; SILVA, L.F.; SOUZA, I.E.O.; MOREIRA, R.V.O. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. **Escola Anna Nery [online]**, v.17, n.1, p.168-172, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100023 Acesso em: 21 out 2015.

SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor [Internet]**, v.12, n.2, p.138-51, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en. Acesso em: 21 out 2015.

SILVA, R.S. **Enfermagem em Cuidados Paliativos para um Morrer com Dignidade: Subconjunto Terminológico CIPE®**. 2014. 246p.Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem Campus Universitário do Canela, Salvador, 2014.

SILVA, L.C.; DUPRAT, I.P.; CORREIA, M.S.; RAMALHO, H.T.P.; LIMA, J.A. Cancer patients' satisfaction on nursing care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.6, p.856-62, nov.-dec. 2015. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2175/pdf_1 Acesso em: 21 mar 2016.

SIRECI, S.G. The Constructo f Content Validity. **Social Indicators Research**, v.45, n.1/3, nov. 1998. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/27522338?seq=1#page_scan_tab_contents Acesso: 15 jan 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **II CONSENSO Nacional de Dor Oncológica**. 1ª ed. São Paulo, Moreira Jr. Editora Ltda. 2011.

SOUSA, F.A.E.F.; PEREIRA, L.V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Multidimensional Pain Evaluation Scale. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v.18, n.1, p.03-10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/02.pdf> Acesso em: 22 nov 2014

SOUZA, V.B. de; SILVA, E.N.; RIBEIRO, M.L.; MARTINS, W. A. Hypertension in Patients with Cancer. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]**, v.104, n.3, p.246-52, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4386854/> Acesso em: 22 mai 2016

VAZ, D.C.; SILVA, C.R.L.; FIGUEIREDO, N.M.A. A utilização da bibliometria na análise do referente conforto. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.4, p.736-41, out.-dez. 2010. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20378> Acesso em: 21 abr 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Press Release: Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed**, dez. 2013.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care is an essential part of cancer control.** Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> Acesso em: 25 ago 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer.** Globocan, 2012. Disponível em: <http://globo0can.iarc.fr/> Acesso em: 10 dez 2015.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)-(Juízes) **(Conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)**

Prezado (a) Senhor (a),

Este projeto de tese intitulado **VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA** está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras **Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho** aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem sob a orientação da **Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**. Os objetivos desse trabalho são Validar o Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica; Organizar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto Terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica e mapeá-los com os conceitos constantes na CIPE® 2013; Analisar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em relação a sua utilização na prática com pacientes com dor oncológica; Realizar a validação clínica dos enunciados do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica.

A finalidade deste trabalho é colaborar com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) com a construção de um Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica a ser usado como referência de linguagem unificada em hospital oncológico no município de João Pessoa - PB.

Solicitamos sua colaboração na qualidade de colaborador (juiz/expert) na etapa de validação para avaliar as definições operacionais dos enunciados de diagnósticos, resultados de enfermagem. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os pesquisadores esclareceram que a participação no estudo é voluntária e, portanto,

o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar como colaborador da pesquisa e para demais publicações dos resultados da mesma, desde que seja garantido todo meu direito de anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para as pesquisadoras:

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho

R. Silvino Lopes, 460- apto. 1901, Tambaú. CEP. 58039-190. João Pessoa-PB

Maria Miriam Lima da Nóbrega,

R. Eutiquiano Barreto, 935 Manaíra. CEP: 58038-311 João Pessoa-PB

Telefone: 83 3226 1393 ou 83 9985 3769.

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba.

Telefone: 83 3216.7109

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

_____ e _____

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis

Apêndice B

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Enfermeiro

Prezado (a) Senhor (a),

Este projeto de tese intitulado **VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA** está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras **Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho** aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem sob a orientação da **Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**. Os objetivos desse trabalho são Validar o Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica; Organizar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto Terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica e mapeá-los com os conceitos constantes na CIPE® 2013; Analisar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em relação a sua utilização na prática com pacientes com dor oncológica; Realizar a validação clínica dos enunciados do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica.

A finalidade deste trabalho é colaborar com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) com a construção de um Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica a ser usado como referência de linguagem unificada em hospital oncológico no município de João Pessoa - PB.

Solicitamos a sua colaboração na qualidade de colaborador para etapa de avaliação semântica quanto a clareza dos itens representados pelos diagnósticos, resultados de enfermagem e intervenções de enfermagem quanto à concordância ou não concordância no seu entendimento. Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Os pesquisadores esclareceram que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar como colaborador da pesquisa e para demais publicações dos resultados da mesma, desde que seja garantido todo meu direito de anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para as pesquisadoras:

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho

R. Silvino Lopes, 460- apto. 1901, Tambaú. CEP. 58039-190. João Pessoa-PB

Telefone: 83 3227- 0524/ 83 8660

Maria Miriam Lima da Nóbrega, Telefone: 83 9985 3769.

R. Eutaquiano Barreto, 935 Manaíra. CEP: 58038-311 João Pessoa-PB

Telefone: 83 3226 1393

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba.

Telefone: 83 3216.7109

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

_____ e _____

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis

Obs.: Os colaboradores dessa pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice C

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Enfermeiro

Prezado (a) Senhor (a),

Este projeto de tese intitulado **VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA** está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras **Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho** aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem sob a orientação da **Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**. Os objetivos desse trabalho são Validar o Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica; Organizar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto Terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica e mapeá-los com os conceitos constantes na CIPE® 2013; Analisar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em relação a sua utilização na prática com pacientes com dor oncológica; Realizar a validação clínica dos enunciados do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica.

A finalidade deste trabalho é colaborar com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) com a construção de um Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica a ser usado como referência de linguagem unificada em hospital oncológico no município de João Pessoa - PB.

Solicitamos a sua colaboração na qualidade de colaborador para etapa de validação dos diagnósticos, resultados de enfermagem e intervenções de enfermagem quanto à avaliação de conteúdo dos enunciados. Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Os pesquisadores esclareceram que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar como colaborador da pesquisa e para demais

publicações dos resultados da mesma, desde que seja garantido todo meu direito de anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para as pesquisadoras:

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho

R. Silvino Lopes, 460- apto. 1901, Tambaú. CEP. 58039-190. João Pessoa-PB

Telefone: 83 3227- 0524/ 83 8660

Maria Miriam Lima da Nóbrega, Telefone: 83 9985 3769.

R. Eutaquiano Barreto, 935 Manaíra. CEP: 58038-311 João Pessoa-PB

Telefone: 83 3226 1393

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba.

Telefone: 83 3216.7109

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis

Obs.: Os colaboradores dessa pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice D

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Pacientes Oncológicos

Prezado (a) Senhor (a),

Este projeto de tese intitulado **VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA** está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras **Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho** aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem sob a orientação da **Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**. Os objetivos desse trabalho são Validar o Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica; Organizar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto Terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica e mapeá-los com os conceitos constantes na CIPE® 2013; Analisar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em relação a sua utilização na prática com pacientes com dor oncológica; Realizar a validação clínica dos enunciados do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica.

A finalidade deste trabalho é colaborar com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) com a construção de um Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica a ser usado como referência de linguagem unificada em hospital oncológico no município de João Pessoa - PB.

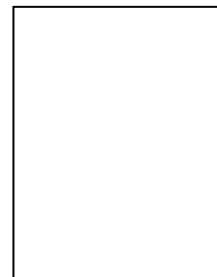
Solicitamos sua colaboração na qualidade de colaborador paciente oncológico internado no Hospital Napoleão Laureano do município de João Pessoa – PB na etapa de validação clínica com a realização de pesquisa de campo. Solicitamos também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Os pesquisadores esclareceram que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar como colaborador da pesquisa e para demais publicações dos resultados da mesma, desde que seja garantido todo meu direito de anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para as pesquisadoras:

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho

R. Silvino Lopes, 460- apto. 1901, Tambaú. CEP. 58039-190. João Pessoa-PB

Fone: 83- 3227- 0524/ 83- 8660-2962

Maria Miriam Lima da Nóbrega, Telefone: 83 9985 3769.

R. Eutaquiano Barreto, 935 Manaíra. CEP: 58038-311 João Pessoa-PB

Telefone: 83 3226 1393

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba. Telefone: 83 3216.7109

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

_____ e _____

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis

Obs.: Os colaboradores dessa pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice E

Instrumento de Validação das definições operacionais dos Enunciados de Diagnósticos de Enfermagem para Dor Oncológica

Prezada(o) Colega,

Instrumento de Validação das Definições Operacionais dos Diagnósticos/resultados de Enfermagem para Pacientes com dor oncológica.

Caro colega, gostaria que você colaborasse com minha pesquisa, na avaliação das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem, caso queira retirar algo é só cortar se quiser acrescentar digite em vermelho, no item concorda, marque SIM se você utiliza o diagnóstico na prática e NÃO se você não o utiliza. No final do instrumento colocar por escrito, uma avaliação se o mesmo está claro e compreensível.

Exemplo do instrumento:

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Título	Definições	Concorda		Sugestões
		Sim	Não	
Comunicação prejudicada	Ausência ou dificuldade de transmitir, trocar ou receber informações, pensamentos, ideias, desejos ou necessidades usando comportamentos verbais e não verbais, face a face com outros indivíduos.			
Constipação	Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes e/ou passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas.			
Deglutição prejudicada	Dificuldade na passagem de fluidos e alimentos decompostos, da boca, pela garganta e esôfago, para o estômago por movimento da língua e músculos, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.			

Apêndice F

Instrumento de Avaliação semântica dos enunciados de Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem para Dor Oncológica

Caro colega,

Gostaria que você colaborasse com minha pesquisa respondendo ao instrumento de Avaliação semântica dos Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem. O procedimento deve ser realizado da seguinte forma: no item COMPREENDE, marque SIM se você APREENDE o diagnóstico e NÃO se você não o APREENDE. Do mesmo modo com as Intervenções de Enfermagem.

Exemplo do instrumento:

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Título/ Definições	Compreende		Intervenções de Enfermagem	Compreende	
	Sim	Não		Sim	Não
1. Comunicação prejudicada – Dificuldade ou falta de transmitir, trocar ou receber informações, pensamentos, ideias, desejos ou necessidades, usando comunicação verbal e não verbal com outros indivíduos.			1- Identificar barreiras na comunicação;		
			2- Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro;		
			3- Identificar questões culturais que interfiram na comunicação;		
			4- Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sociocultural do paciente;		
2. Constipação - Diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou endurecidas.			5- Identificar causas de constipação;		
			6- Estimular ingestão hídrica;		
			7- Estimular dietas laxativas;		
			8- Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais;		
			9- Monitorar ruídos hidroaéreos;		
			10- Identificar fatores que possam contribuir para a constipação;		
3. Deglutição prejudicada - Dificuldade apresentada no processo de condução de alimentos, saliva e líquidos, da boca ao estômago, passando pela faringe e esôfago, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.			11- Remover a impactação fecal manualmente, se necessário;		
			12- Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar;		
			13- Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir;		
			14- Monitorar sinais e sintomas de aspiração;		
			15- Monitorar o fechar dos lábios durante os atos de beber, comer e engolir;		
			16- Avaliar estado neurológico;		
4. Dor aguda - Sensação desagradável, de surgimento repentino e de curta duração, caracterizado como sinal de alerta ao surgimento de alguma lesão ou disfunção do organismo,			17- Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação;		
			18- Manter ambiente calmo, livre de ruídos;		
			19- Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada;		

Aspectos Físicos da Dor Oncológica	Compreende		Intervenções de Enfermagem	Compreende	
	Sim	Não		Sim	Não
Título/ Definições apresentando comportamento autoprotetor, inquietação e perda do apetite.			20- Avaliar controle da dor;		
			21- Avaliar resposta à medicação;		
			22- Identificar causas da dor;		
			23- Eliminar a causa da dor;		
5. Dor crônica - Sensação desagradável, com duração de meses a anos e relacionada a doenças crônicas; apresenta relato subjetivo de sofrimento, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.			24- Avaliar da dor de acordo com escalas;		
			25- Manter ambiente calmo e livre de ruídos;		

Apêndice G

Instrumento de Validação dos Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor Oncológica

Caro colega,

Gostaria que você colaborasse com minha pesquisa respondendo ao instrumento de Validação dos Diagnósticos/resultados e Intervenções de Enfermagem. O procedimento deve ser realizado da seguinte forma: no item CONCORDA, marque SIM se você utiliza o diagnóstico na prática e NÃO se você não o utiliza. Do mesmo modo com as intervenções de Enfermagem.

Exemplo do instrumento:

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Título/ Definições	Sim	Não	Intervenções de Enfermagem	Sim	Não
1. Comunicação prejudicada – Dificuldade ou falta de transmitir, trocar ou receber informações, pensamentos, ideias, desejos ou necessidades, usando comunicação verbal e não verbal com outros indivíduos.			1- Identificar barreiras na comunicação;		
			2- Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro;		
			3- Identificar questões culturais que interfiram na comunicação;		
			4- Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sociocultural do paciente;		
2. Constipação - Diminuição na frequência da defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes excessivamente secas e/ou endurecidas.			5- Identificar causas de constipação;		
			6- Estimular ingestão hídrica;		
			7- Estimular dietas laxativas;		
			8- Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais;		
			9- Monitorar ruídos hidroaéreos;		
			10- Identificar fatores que possam contribuir para a constipação;		
3. Deglutição prejudicada - Dificuldade apresentada no processo de condução de alimentos, saliva e líquidos, da boca ao estômago, passando pela faringe e esôfago, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.			11- Remover a impactação fecal manualmente, se necessário;		
			12- Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar;		
			13- Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir;		
			14- Monitorar sinais e sintomas de aspiração;		
			15- Monitorar o fechar dos lábios durante os atos de beber, comer e engolir;		
			16- Avaliar estado neurológico;		
4. Dor aguda - Sensação desagradável, de surgimento repentino e de curta duração, caracterizado como sinal de alerta ao surgimento de alguma lesão ou disfunção do organismo, apresentando comportamento autoprotetor, inquietação e perda do apetite.			17- Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação;		
			18- Manter ambiente calmo, livre de ruídos;		
			19- Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada;		
			20- Avaliar controle da dor;		
			21- Avaliar resposta à medicação;		
			22- Identificar causas da dor;		

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Título/ Definições	Sim	Não	Intervenções de Enfermagem	Sim	Não
			23- Eliminar a causa da dor;		
5. Dor crônica - Sensação desagradável, com duração de meses a anos e relacionada a doenças crônicas; apresenta relato subjetivo de sofrimento, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.			24- Avaliar da dor de acordo com escalas;		
			25- Manter ambiente calmo e livre de ruídos;		

Apêndice H

Instrumento para aplicação do estudo de caso do Subconjunto Terminológico da CIPE® para dor oncológica

Nome			Idade:		
Leito:		Nº Prontuário:		Data de admissão: / /	
Data de nascimento: / /		Escolaridade:		Religião:	
Profissão/ocupação:			Procedência:		
Endereço:					
				Telefone:	
Parente ou amigo p/contato:				Telefone:	
Dados clínicos:					
Diagnóstico: _____ Data: _____					
Cirurgia: Não () Sim () Qual: _____					
Quimioterapia Não () Sim () Nº de consultas: _____ Esquema quimioterápico: _____					
Uso de drogas: Não () Sim () Qual? _____ Cigarros? Não () Sim () Quantos por dia? _____ Há quanto tempo: _____					
Uso de bebidas alcoólicas: Não () Sim ()					
Antecedentes pessoais: _____					
Tipo de sangue: _____					
Dados Antropométricos: Peso: _____ Estatura: _____					

Escala da Dor:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nível de dor:						Localização:					

Escala de Conforto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0- Nenhum conforto	1- Um pouco de conforto	2- Entre um pouco e algum conforto	3- Algum conforto	4- Entre algum e conforto moderado	5- Conforto moderado	6- Entre conforto moderado e bastante elevado	7- Conforto bastante elevado	8- Entre bastante elevado e elevado conforto	9- Muito elevado conforto	10- Maior conforto possível

Tipo de desconforto: _____

[illegible]

ANEXO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTO TERMONOLÓGICO CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA

Pesquisador: Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37064714.3.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 845.224

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa em nível de Doutorado/Enfermagem (UFPB) sobre VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTO TERMONOLÓGICO CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA a ser realizado em ambiente hospitalar (Hospital Napoleão Laureano - João Pessoa). Os participantes da pesquisa serão divididos em dois grupos: 50 enfermeiros que realizarão a validação de diagnósticos e as intervenções de enfermagem e aplicação junto aos pacientes; e 50 pacientes que participarão do processo de intervenções e diagnósticos de enfermagem.

Pesquisadoras: MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO, sob a orientação Prof^a. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Validar o Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica.

Objetivo Secundário:

- Organizar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7302

Fax: (83)3216-7522

E-mail: cephulw@hotmail.com

Página 02 de 03
Mário Eliane Moreira Vieira
Enfermeira Docente
C.N. 32999