

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA SCHROEDER MELLO

**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO *NURSING*
OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM
DOR AGUDA OU CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Porto Alegre

2014

BRUNA SCHROEDER MELLO

**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO *NURSING
OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM
DOR AGUDA OU CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Mello, Bruna Schroeder

Aplicabilidade dos resultados de enfermagem segundo Nursing Outcomes Classification (NOC) em pacientes oncológicos com dor aguda ou crônica em cuidados paliativos / Bruna Schroeder Mello. -- 2014. 165 f.

Orientadora: Amália de Fátima Lucena.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Avaliação de resultados (cuidados de saúde). 2. Dor aguda. 3. Dor crônica. 4. Enfermagem oncológica. 5. Cuidados paliativos. I. Lucena, Amália de Fátima, orient. II. Título.

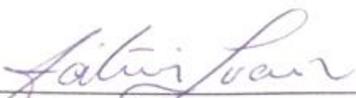
BRUNA SCHROEDER MELLO

Aplicabilidade dos resultados de enfermagem segundo *Nursing Outcomes Classification (NOC)* em pacientes oncológicos com dor aguda e crônica em cuidados paliativos.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 09 de junho de 2014.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro da banca

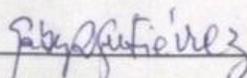
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Gaby Rivero Gutierrez

Membro da banca

UNIFESP

*Dedico esse trabalho aos pacientes com
câncer em cuidados paliativos, pela lição de
vida, que mesmo sem saber, proporcionam
àqueles que os assistem.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marco e Vera, por sempre me incentivaram a lutar pelas minhas realizações, apoiando minhas escolhas e decisões.

À minha orientadora, Dra. Amália de Fátima Lucena, pela confiança em assumir a orientação desse trabalho, pelo exemplo de profissionalismo, dedicação e conhecimento proporcionados a mim nessa trajetória e, principalmente, pelo otimismo contagiante nos momentos difíceis.

Aos enfermeiros participantes da pesquisa, por confiarem em mim e auxiliarem nos resultados deste estudo.

Aos pacientes participantes da pesquisa, motivo maior desta conquista, pela confiança e disponibilidade mesmo nos momentos mais difíceis de seu tratamento.

Às enfermeiras Vanessa Kenne Longaray e Tânia Maria Massutti que, mesmo quando sobrecarregadas com suas atividades, demonstravam disponibilidade em me auxiliar neste trabalho, tornando possível a obtenção dos resultados.

À bolsista de enfermagem Lívia Bastos Bischoff e à colega de profissão e amiga Daniela da Fonseca Trevisan pela ajuda incansável nas inúmeras avaliações necessárias para tornar possível este trabalho.

Às minhas colegas de mestrado Fernanda Azambuja e Cássia Teixeira pela parceria e apoio durante o curso e pelo exemplo de determinação como enfermeiras.

Ao colega Marcos Barragan da Silva pelo auxílio prestado em todo e qualquer momento que precisei.

À minha amiga e colega de profissão Fernanda Rodrigues pela disponibilidade em me substituir na minha unidade de trabalho nos momentos que precisei estar ausente.

Aos colegas e professores do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), por me receberem no grupo e pelos conhecimentos e contribuições transmitidos ao longo do mestrado;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pela oportunidade de formação de qualidade e excelência.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por estimular e permitir a realização dessa pesquisa como campo de estudo.

Às minhas amigas pelo entendimento nas horas de ausência, nunca deixando de me incentivar e torcer por mim.

À equipe de médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares administrativos com quem tenho a honra de trabalhar todos os dias, pela compreensão nos momentos em que foi necessário minha ausência e pelo incentivo em conquistar essa formação.

À minha gerente Enfª Leila Maria de Abreu Jaggi pelo incentivo na formação acadêmica e pelo entendimento nos momentos que precisei.

Enfim, a todos familiares, professores, colegas e amigos, citados e não citados, que contribuíram para a conclusão dessa etapa e estiveram comigo nestes últimos dois anos.

RESUMO

MELLO, Bruna Schroeder. **Aplicabilidade dos resultados de enfermagem segundo *Nursing Outcomes Classification* (NOC) em pacientes oncológicos com dor aguda ou crônica em cuidados paliativos**. 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A busca para qualificar a assistência aos pacientes em tratamento oncológico, que não obtêm a cura e que necessitam de cuidados especiais, tem sido cada vez mais frequente. Nesse contexto, insere-se a terapêutica de cuidados paliativos, que compreende a promoção da qualidade de vida e do conforto dos pacientes, pela prevenção e o alívio dos sintomas físicos e pelo apoio às necessidades psicossociais e espirituais. Assim, as principais preocupações do enfermeiro na assistência a esses pacientes referem-se à avaliação, ao controle e ao alívio do desconforto e do sofrimento causados pela dor de origem oncológica. Entretanto, a avaliação acurada, completa e sistemática da dor, apesar de ser crucial para desenvolver um plano de cuidado adequado, ainda é uma questão a ser estudada. Para orientar o estudo está a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que descreve os resultados obtidos pelos pacientes em decorrência das intervenções de enfermagem e apresenta-se como uma alternativa a sua avaliação. Todavia, esta classificação ainda é pouco descrita na prática clínica, o que remete à necessidade de investigações sobre a mesma. Assim, este estudo teve como objetivo geral o de verificar a aplicabilidade clínica dos resultados propostos pela NOC para os diagnósticos de enfermagem (DE) Dor Aguda ou Dor Crônica em pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Para tanto, desenvolveu-se um estudo longitudinal prospectivo realizado em um hospital universitário do sul do Brasil, conduzido em duas etapas metodológicas. A primeira se baseou na opinião de especialistas, que selecionaram os resultados de enfermagem (RE) e seus respectivos indicadores, os quais foram utilizados para compor um instrumento aplicado aos pacientes na segunda etapa do estudo. A amostra da primeira etapa se constituiu de 13 especialistas que preencheram os critérios de inclusão no estudo. Na segunda etapa, a amostra foi de 13 pacientes adultos, calculado com base em estudos prévios. Os critérios de inclusão foram pacientes com diagnóstico de câncer e em tratamento paliativo e com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica, estabelecidos durante sua internação na unidade, por um período mínimo de quatro dias. Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e fevereiro de 2014, por meio de instrumentos elaborados pela pesquisadora que continham os resultados de enfermagem (RE) e respectivos indicadores (NOC). Os pacientes foram avaliados por duas coletadoras, de forma simultânea, porém independentes, durante cinco dias consecutivos. A análise dos dados foi estatística, com aplicação de Test GEE, que foi utilizado para comparações entre os indicadores diariamente e Test Post Hoc (LSD) para indicar a diferença entre os dias. Foram selecionados oito RE e 19 indicadores clínicos que foram aplicados a 13 pacientes, a maioria do sexo masculino 7 (53,8%), com idade média de $56,0 \pm 18,2$ anos. Os motivos de internação prevalentes foram dispneia 5 (38,5%) e dor 3 (23,1%); o sítio primário da doença foram predominantemente as neoplasias digestivas 4 (30,8%) e, as metástases pulmonares 3 (23,1%) as mais frequentes. Todos os pacientes fizeram uso de opioides e analgésicos anti-inflamatórios. Houve diferença estatisticamente significativa no RE *Nível de dor* para os indicadores *Dor relatada e Duração dos episódios*, no RE *Bem-estar pessoal* para o indicador *Relações Sociais*, no RE *Sinais vitais* para o indicador *Frequência respiratória* e no RE *Controle da dor* para o indicador *Descrição dos fatores causadores*. Concluiu-se que o uso RE e indicadores NOC específicos podem demonstrar a evolução clínica dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, sendo aplicáveis do cenário desta prática de enfermagem.

Palavras-chave: Avaliação de resultados (cuidados de saúde). Dor aguda. Dor crônica. Enfermagem oncológica. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

MELLO, Bruna Schroeder. **Applicability of the nursing results according to Nursing Outcomes Classification (NOC) in cancer patients with acute or chronic pain in palliative care.** 2014. 165 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The search for the qualification of the assistance to patients under oncological treatment who do not obtain the cure and need special care has become more and more frequent. In this context, palliative care therapeutics are considered, including the promotion of life quality and comfort of the patients, for the prevention and alleviation of the physical symptoms and the support to the psychosocial and spiritual needs. Therefore the main concerns of the nurse in the assistance to these patients are related to the evaluation, the control and the alleviation of discomfort and suffering caused by pain of oncological origin. However, the accurate, complete and systematic evaluation of pain, although being crucial to develop an adequate care plan, is still something to be studied. To direct the study there is the NOC (Nursery Results Classification) which describes the results obtained by the patients due to nursery interventions and is considered as an alternative to its evaluation. Nevertheless, such classification is not fully described in clinical practice which leads us to the need of further investigations about the same. Thus, the general objective of such study has been the verification of the clinical applicability of the results proposed by the NOC for the DE (nursery diagnostics) Acute Pain and Chronic Pain in oncological patients interned in palliative care. For this purpose, a prospective longitudinal study has been carried out in a university hospital in the south of Brazil, conducted in two methodological stages. The first one was based on the opinion of specialists, who selected the RE (nursery results) and their corresponding indicators, which were used to compose an instrument application to the patients in the second stage of the study. The sample of the first stage included 13 specialists who complied with the criteria of inclusion of the study. In the second stage the sample was composed of thirteen adult patients, and was calculated based on previous studies. The criteria for inclusion were patients with diagnosis of cancer and under palliative treatment and with the DE Acute Pain and Chronic Pain, established during their internation in the unit, for a minimum period of four days. Data was collected between November of 2013 and February of 2014, through instruments supplied by the researcher and contained the RE (nursery results: and the corresponding indicators. The patients were evaluated by two collectors, simultaneously, although independently, during five consecutive days. Data analysis was statistical, with the utilization of the GEE Test for daily comparisons of the indicators and Test Post Hoc (LSD) to indicate the differences between the days. Eight RE and nine clinical indicators applicated to thirteen patients mostly of the masculine sex, seven of them (53,8%), with an average age of $56,0 \pm 18,2$ years old. The prevailing reasons for internation were dispnea 5 (38,5%) and pain 3 (23,1%); the primary location of the disease being the lung region, the digestive neoplasias 4 (30,8%) and the lung metastases 3 (23,1%) the most frequent ones. All patients were submitted to opiates and to anti inflammatory analgesics. Statistically, there was a significant difference in the RE pain level for the indicators the informed pain levels and the Duration of the episodes, in RE Personal welfare for the indicator in the Social Relationships, in the Vital signals for the Breathing Sequence indicator and in the RE Pain control for the Description of the cause factors indicator. It was concluded that the use of specific NOC RE indicators may demonstrate the clinical evolution of the oncological under palliative care, being applicable in the scene of this nursery practice,

Keywords: Evaluation of results (health care). Acute pain. Chronic pain. Oncological nursing. Palliative care.

RESUMEN

MELLO, Bruna Schroeder. **Aplicabilidad de los resultados de Enfermería según *Nursing Outcomes Classification* (NOC) en pacientes con cáncer con dolor agudo o crónico en los cuidados paliativos**. 2014. 165 f. Tesina (Maestría em Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

La búsqueda para calificar la atención a los pacientes en tratamiento oncológico, que no obtienen la cura y que necesitan de cuidados especiales, ha sido cada vez más frecuente. En ese contexto, se incluye la terapéutica de cuidados paliativos, que abarca la promoción de la calidad de vida y de la comodidad de los pacientes, por la prevención y el alivio de los síntomas físicos y por el apoyo a las necesidades psicosociales y espirituales. De esta manera, las principales preocupaciones del enfermero en la asistencia a esos pacientes se refieren a la evaluación, al control, y al alivio de la incomodidad y del sufrimiento causados por el dolor de origen oncológica. Sin embargo, la evaluación exacta, completa y sistemática del dolor, a pesar de ser crucial para desarrollar un plan de cuidado adecuado, todavía es un asunto que debe ser estudiado. Para orientar el estudio está la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), que describe los resultados obtenidos por los pacientes derivados de las intervenciones de enfermería y que se presenta como una alternativa a su evaluación. A pesar de todo, esta clasificación aún es poco considerada en la práctica clínica, lo que indica la necesidad de investigaciones sobre la misma. Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue la verificación de la aplicación clínica de los resultados propuestos por la NOC para los diagnósticos de enfermería (DE) Dolor Agudo y Dolor Crónico en pacientes oncológicos internados en cuidados paliativos. Para este motivo se desarrolló un estudio longitudinal prospectivo realizado en un hospital universitario del sur de Brasil, conducido en dos etapas metodológicas. La primera se basó en la opinión de especialistas, que seleccionaron los resultados de enfermería (RE) y sus respectivos indicadores, que fueron utilizados para componer un instrumento aplicado a los pacientes en la segunda etapa del estudio. La muestra de la primera etapa fue constituida por 13 especialistas que cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio. En la segunda etapa, la muestra fue de 13 pacientes adultos, calculado basándose en estudios previos. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de cáncer y en tratamiento paliativo y con los DE Dolor Agudo y/o Dolor Crónico, establecidos durante su internación en la unidad, por un período mínimo de cuatro días. Los datos fueron colectados entre Noviembre de 2013 y Febrero de 2014, por medio de instrumentos elaborados por la investigadora que contenían los resultados de enfermería (RE) y respectivos indicadores (NOC). Los pacientes fueron evaluados por dos colectoras, de forma simultánea, aunque independientes, durante cinco días consecutivos. El análisis de los datos fue estadística, con aplicación de Test GEE, que fue utilizado para comparaciones entre los indicadores diariamente y Test Post Hoc (LSD) para indicar la diferencia entre los días. Fueron seleccionados ocho RE y 19 indicadores clínicos que fueron aplicados a 13 pacientes, la mayoría del sexo masculino 7 (53,8%), con edad media de $56,0 \pm 18,2$ años. Los motivos de internación prevalentes fueron disnea 5 (38,5%) y dolor 3 (23,1%); La localización principal de la enfermedad fue predominantemente las neoplasias digestivas 4 (30,8%) y, las metástases pulmonares 3 (23,1%) las más frecuentes. Todos los pacientes hicieron uso de opiodes y analgésicos anti-inflamatorios. Hubo diferencia estadísticamente significativa en el RE *Nivel de dolor* para los indicadores *Dolor relatada* y *Duración de los episodios*, en el RE *Bienestar personal* para el indicador *Relaciones Sociales*, en el RE *Señales vitales* para el indicador *Frecuencia respiratoria* y en el RE *Control del dolor* para el indicador *Descripción de los factores causadores*. Se concluyó que el uso RE e indicadores NOC específicos pueden demostrar la evolución clínica de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos, siendo aplicables al escenario de esta práctica de enfermería.

Palabras clave: Evaluación de resultados (cuidados de salud). Dolor agudo. Dolor crónico. Enfermería oncológica. Cuidados paliativos.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Escala Numérica Verbal..... | 34 |
| Figura 2 – Esquema de Twycross..... | 35 |
| Figura 3 – Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) | 37 |
| Figura 4 – Resultados de enfermagem para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos e sua inserção nos domínios NOC. Porto Alegre/RS, 2014..... | 67 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros especialistas (n=13). Porto Alegre, RS, 2014.. | 60 |
| Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2014.. | 66 |
| Tabela 3 - Médias dos quatro RE e seus indicadores do domínio Saúde Percebida para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2014.. | 68 |
| Tabela 4 - Médias dos RE Sono e seu indicador do domínio Saúde Funcional para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2014. | 69 |
| Tabela 5 - Médias dos RE Sinais vitais e seus indicadores do domínio Saúde Fisiológica para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2014.. | 69 |
| Tabela 6 - Médias do RE Vontade de viver e seu indicador, do domínio Saúde Psicossocial para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014. | 70 |
| Tabela 7 - Médias do RE Controle da dor e seus indicadores, do domínio Comportamentos em Saúde & Comportamento, para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014.. | 70 |
| Tabela 8 - Concordância interobservadores na avaliação dos RE para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2014..... | 71 |

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Definições conceituais, operacionais e magnitude da definição operacional dos indicadores selecionados para o estudo. Porto Alegre, RS, 2013.....49
- Quadro 2** – Resultados e indicadores de enfermagem selecionados pelos especialistas para os DE Dor Aguda e Dor Crônica para a avaliação do paciente oncológico em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2013.62
- Quadro 3** – Resultados e indicadores de enfermagem selecionados após refinamento para a avaliação do paciente oncológico em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2013..64
- Quadro 4** – Frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos em ambiente hospitalar com DE Dor Aguda. Porto Alegre, RS, 2014.73
- Quadro 5** - Frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos em ambiente hospitalar com DE Dor Crônica. Porto Alegre, RS, 2014.....73

LISTAS DE SIGLAS

| | | |
|---------|---|--|
| ATQ | – | Artroplastia Total de Quadril |
| COMPESQ | – | Comissão de Pesquisa |
| COPE | – | Comissão do Processo de Enfermagem |
| ENV | – | Escala Numérica Visual |
| FR | – | Frequência Respiratória |
| GABA | – | <i>Gamma-AminoButyric Acid</i> |
| GEE | – | <i>Euações de Estimativas Generalizadas</i> |
| GPPG | – | Grupo de Pesquisa e Pós-graduação |
| HCPA | – | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| INCA | – | Instituto Nacional do Câncer |
| JCAHO | – | <i>Joint Comission Accreditation of Healthcare Organizations</i> |
| LSD | – | <i>Least Significance Difference</i> |
| NANDA-I | – | <i>NANDA Internacional</i> |
| NCP | – | Núcleo de Cuidados Paliativos |
| NIC | – | <i>Nursing Interventions Classification</i> |
| NNN | – | NANDA-I, NIC e NOC |
| NOC | – | Nursing Outcomes Classification |
| OMS | – | Organização Mundial da Saúde |
| PA | – | Pressão Arterial |
| PE | – | Processo de Enfermagem |
| RE | – | Resultado(s) de Enfermagem |
| SEC | – | Serviço de Enfermagem Cirúrgica |
| SNC | – | Sistema Nervoso Central |
| SPSS | – | <i>Statistical Package for Social Sciences</i> |
| SUS | – | Sistema Único de Saúde |
| UFRGS | – | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| WHO | – | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 22 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 22 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 22 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 3.1 | CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS | 23 |
| 3.1.1 | Princípios dos Cuidados Paliativos | 24 |
| 3.1.2 | Sintomas de pacientes em cuidados paliativos oncológicos | 26 |
| 3.2 | DOR..... | 28 |
| 3.2.1 | Tipos de Dor | 28 |
| 3.2.1.1 | <i>Dor aguda</i> | 29 |
| 3.2.1.2 | <i>Dor crônica</i> | 30 |
| 3.2.1.3 | <i>Dor oncológica</i> | 31 |
| 3.2.2 | Avaliação e controle da dor | 31 |
| 3.3 | CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM NANDA-I, NIC E NOC E O CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA OU CRÔNICA..... | 38 |
| 4 | MÉTODOS | 45 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 45 |
| 4.2 | LOCAL DO ESTUDO | 45 |
| 4.3 | SUJEITOS DO ESTUDO..... | 46 |
| 4.3.1 | Etapa de opinião dos especialistas | 46 |
| 4.3.2 | Etapa do estudo longitudinal prospectivo | 46 |
| 4.3.3 | Critérios de inclusão dos pacientes | 47 |
| 4.3.4 | Critérios de exclusão dos pacientes | 47 |
| 4.3.5 | Cálculo da amostra | 47 |
| 4.4 | LOGÍSTICA E PROCEDIMENTOS DE COLETAS E ANÁLISE DOS DADOS | 48 |
| 4.4.1 | Primeira etapa: opinião de especialistas e construção do instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem NOC | 48 |
| 4.4.2 | Estudo-piloto | 56 |
| 4.4.3 | Segunda etapa: estudo longitudinal prospectivo | 56 |
| 4.4.4 | Análise dos Dados | 57 |
| 4.5 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 58 |

| | | |
|----------|---|----|
| 5 | RESULTADOS | 60 |
| 5.1 | PARTE 1: OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTA PARA SELEÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (LIGAÇÃO NANDA-I-NOC) | 60 |
| 5.1.1 | Caracterização das especialistas | 60 |
| 5.1.2 | Resultados de enfermagem selecionados pelos enfermeiros especialistas para a avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda e Dor Crônica para pacientes em cuidados paliativos | 61 |
| 5.2 | PARTE 2: APLICAÇÃO DOS RESULTADOS E INDICADORES NOC NO AMBIENTE CLINICO DO CUIDADO PALIATIVO..... | 65 |
| 5.2.1 | Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes | 65 |
| 5.2.2 | Avaliação da Aplicabilidade dos Resultados de Enfermagem NOC | 67 |
| 5.2.3 | Média dos Resultados de Enfermagem NOC | 67 |
| 5.2.4 | Concordância interobservadores na Avaliação Clínica diária dos Resultados de Enfermagem NOC para os Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica | 71 |
| 5.2.5 | Cuidados de Enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos com os Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica | 72 |
| 6 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 75 |
| 6.1 | QUAIS SÃO OS RESULTADOS E INDICADORES DE ENFERMAGEM QUE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS JULGAM PRIORITÁRIOS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS? | 75 |
| 6.2 | QUAIS SÃO OS RESULTADOS E INDICADORES NOC APLICÁVEIS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA OU DOR CRÔNICA? A PONTUAÇÃO MÉDIA DOS INDICADORES PERMITE VERIFICAR A EVOLUÇÃO DOS PACIENTES?..... | 77 |
| 6.3 | QUAIS OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA E DOR CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS? | 84 |
| 6.4 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 86 |
| 7 | CONCLUSÕES | 87 |
| 7.1 | IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA ... | 88 |
| | REFERÊNCIAS | 90 |
| | APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS | 97 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS SOBRE OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA/CRÔNICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS | 99 |
| APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PACIENTES | 135 |
| APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (ENFERMEIROS 1ª ETAPA) | 146 |
| APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (ENFERMEIROS 2ª ETAPA) | 147 |
| APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)..... | 148 |
| ANEXO A – RESULTADOS DE ENFERMAGEM SUGERIDOS E ADICIONAIS ASSOCIADOS PARA O DIAGNÓSTICO DOR AGUDA E DOR CRÔNICA NOC | 149 |
| ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA | 165 |

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no ano 2030 haverá 27 milhões de novos casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes tendo-o como causa e 75 milhões de pessoas vivas com a doença. No Brasil, as estimativas para os anos de 2014/2015, apontam a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, constituindo-se na segunda causa de mortalidade. (BRASIL, 2014).

Entretanto, a despeito da sua alta incidência, o câncer tem melhorado o seu prognóstico nos últimos anos, em função da cura de alguns casos e aumento da sobrevivência de outros. Isto tem motivado estudos sobre a qualidade de vida e a assistência prestada aos pacientes em tratamento oncológico, uma vez que, apesar dos avanços técnico-científicos, uma parcela deles ainda não obtém a cura e necessita de cuidados especiais para enfrentar o curso da doença. (KURASHIMA; MOSCATELLO, 2007; WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

No cuidado à pessoa com câncer avançado, múltiplas e complexas demandas se apresentam à prática da enfermagem para o alcance do alívio dos sintomas físicos, emocionais e até espirituais. (BRASIL, 2001b; GOÉS et al., 2011). Nesse contexto, insere-se a terapêutica de cuidados paliativos que compreende a promoção da qualidade de vida e do conforto dos pacientes que enfrentam a doença, pela prevenção e pelo alívio dos sintomas e o apoio às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais. (WHO, 2013).

Cuidados paliativos é o conjunto de intervenções com o objetivo de otimizar a qualidade de vida em suas diversas dimensões, sem a necessária intervenção direta na doença de base. (SCHMERLING, 2012). O enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam a doença, proporcionando o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, por meio de uma assistência interdisciplinar que envolva aspectos médicos, de enfermagem, psicológicos, nutricionais, sociais e de reabilitação. (WHO, 2013).

Estudos apontam que uma das principais preocupações dos enfermeiros na assistência do paciente em cuidados paliativos compreende a avaliação, o controle e o alívio do desconforto e do sofrimento causados pela dor de origem oncológica. (MICELI, 2002; RECCO et al., 2005, MICELI, 2009; WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010, ALMEIDA et al., 2012). A dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento dos pacientes com câncer em progressão e manifesta-se em 70% a 90% dos casos, nos diversos estágios da doença. Frequentemente, o foco do tratamento do câncer não se direciona apenas à doença, mas também à dor associada a ela. (MINSON et al., 2012).

Os pacientes com câncer, geralmente, apresentam mais de um tipo de dor (neuropática, nociceptiva ou mista), que pode ser constante ou intermitente e causada por diversos mecanismos como a invasão direta do tumor (local e sistêmica), resposta aos exames diagnósticos invasivos (biópsia) e às terapias (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia). Fatores psicossociais como depressão, ansiedade, catastrofização e cognição também podem influenciar na percepção da dor e contribuir para o aumento da intensidade da dor total, que é uma síndrome em que, além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na expressão da queixa. (MORETE; MINSON, 2010; MINSON et al., 2012; ALMEIDA et al., 2012).

A dor pode ser dividida, basicamente, em dois tipos: a dor aguda, na qual possui término previsível, encontrada nas fases iniciais do câncer, onde o emprego de analgésicos adequados é eficaz; e a dor crônica que, por sua vez, é resultado da persistência da lesão e quadro clínico não resolvido, frequentemente, com complicações clínicas graves e de controle extremamente dificultoso. (ALMEIDA et al., 2012).

Diante disso, percebe-se que, muitas vezes, os enfermeiros apresentam dificuldades na avaliação dos pacientes com dor decorrente do câncer. Dados de um estudo que relatou a experiência reflexiva de enfermeiro sobre a avaliação da dor do paciente com câncer em cuidados paliativos indicaram que as mesmas avaliam a dor do paciente conforme acreditam que possam contribuir para aliviar o sofrimento dos mesmos; porém, de modo assistemático. O estudo também apontou que após discussão e capacitação, as enfermeiras puderam refletir sobre a avaliação da dor, concluindo que somente dados mensuráveis e objetivos não são suficientes para avaliar a dor destes pacientes que necessitam ter considerados os aspectos biopsicossociais, valorizando integralmente a dor que eles referem. As enfermeiras destacaram também que haveria necessidade de uma sistematização da avaliação da dor, para que pudessem reforçar o controle da mesma nos pacientes, fundamentar a sua prática e possibilitar o registro de informações adequadas. (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Essa necessidade de sistematização da avaliação da dor é corroborada pela *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que recomenda o registro da dor, caracterizando-a como o quinto sinal vital, além de descrever como prioritária a sua avaliação e a intervenção para o seu alívio e reavaliação constante. Para a JCAHO, a avaliação da dor deve ser adequada à idade do paciente, bem como deve ser analisada a sua intensidade e os seus atributos, tais como: caráter, frequência, localização e duração. Além disso, a avaliação deve ser registrada de modo que facilite a reavaliação regular e o

gerenciamento da dor de acordo com protocolos clínicos. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2010).

Ainda sobre a gestão da dor em pacientes adultos em cuidados paliativos durante e após a internação hospitalar, um estudo americano testou a eficácia de um programa em que o enfermeiro realizava a avaliação da dor em quatro momentos distintos, por meio de relato dos pacientes e com a utilização de uma escala numérica. Para cada resultado foi realizada uma intervenção preconizada em prescrição, o que demonstrou uma significativa melhora da dor nos pacientes durante a internação e uma piora após a alta hospitalar. Assim, confirmaram a eficácia do programa aplicado no controle da dor do paciente durante a internação e a necessidade de uma melhor gestão na transição dos cuidados aplicados. (LAGUNA et al., 2012).

Outro estudo avaliou a aplicabilidade de instrumentos de avaliação de dor (unidimensionais e multidimensionais) em 60 pacientes com dor musculoesquelética em três unidades de um hospital no sudeste do Brasil. Verificou-se que as escalas unidimensionais ainda se mostram insatisfatórias, uma vez que se limitam a um único aspecto de dimensão da dor. Entretanto, apesar dos instrumentos multidimensionais fornecerem dados mais amplos sobre a dor, também apresentam algumas limitações, pois, às vezes, consistem em questionários muito longos, tornando-os de difícil aplicação em pacientes em estado grave. Assim, o estudo sugere que nos ambientes de atendimento de pacientes com dor aguda, deve-se priorizar a avaliação da intensidade da dor. (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Uma revisão de literatura que buscou artigos sobre instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos constatou que a mensuração da dor é um parâmetro fundamental para a orientação terapêutica. A intensidade da dor é o critério mais utilizado na prática clínica e resulta da interpretação global dos aspectos sensitivos, emocionais e cognitivos que envolvem a experiência dolorosa. O estudo refletiu sobre as diversas dimensões da avaliação da dor do paciente oncológico, observando que a ferramenta mais frequentemente utilizada são as escalas unidimensionais. Porém, resultados mostraram a importância de utilizar instrumento multidimensional para avaliar a dor total, característica do paciente oncológico. (MORETE; MINSON, 2010).

Na década de 1980, o efeito multidimensional da dor já estimulava pesquisadores a desenvolver ferramentas que levassem em conta seus fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Assim, foi desenvolvido o "Questionário para Dor McGill", instrumento elaborado para avaliar outras características da dor, além da intensidade. O instrumento inclui uma lista de 87 descrições das características sensoriais da dor do paciente e as respectivas emoções,

além de um desenho do corpo do paciente que indica a localização da dor e da sua intensidade (MELZACK, 1975; PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997).

Na assistência aos pacientes com dor sob cuidados paliativos, apesar da queixa de dor referida ainda parecer ser o melhor indicador a ser avaliado, existem circunstâncias em que o paciente não consegue se comunicar ou, até mesmo, nega alguns sintomas. (LAGUNA et. al., 2012). Assim, alterações do comportamento como choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono e da alimentação podem ser indicativos de um quadro algico. A observação das mudanças comportamentais e de variações fisiológicas da frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial também podem ser indicadores potenciais da dor sentida (MORETE; MINSON, 2010).

Portanto, a dor oncológica no cuidado a pacientes em cuidados paliativos exige dos enfermeiros uma avaliação eficaz e segura, com vistas a determinar suas condutas baseadas em evidências. A avaliação acurada, completa e sistemática da dor neste contexto é crucial para desenvolver um plano de tratamento adequado, sendo o uso de instrumentos apropriados para auxiliar neste processo uma questão ainda a ser estudada.

Ao encontro disso, a Nursing Outcomes Classification (NOC), ou seja, a Classificação dos Resultados de Enfermagem, classifica e padroniza os resultados de enfermagem (RE), os quais descrevem o estado, os comportamentos, as reações e os sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem, apresenta-se como uma alternativa. Assim, uma vez estabelecidos os diagnósticos de enfermagem (DE) Dor aguda ou Dor crônica (NANDA-I, 2013), os resultados NOC possuem indicadores que podem ser aplicados na sua avaliação. Sabe-se que identificar os resultados que respondem aos cuidados de enfermagem é fundamental para a prática assistencial dos enfermeiros, à medida que enfrentam o desafio de avaliar e de identificar mudanças no estado de saúde dos pacientes, assim como, melhorar a qualidade do cuidado prestado (MOORHEAD et al., 2013).

Os DE Dor aguda e Dor crônica são definidos pela NANDA-Internacional© (NANDA-I), sistema de classificação de DE, como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Ambas possuem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, porém a dor aguda tem término previsível e de duração de menos de seis meses e a dor crônica é constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses (NANDA-I, 2013; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Além da NANDA-I, classificação de diagnósticos, e da NOC, classificação de resultados, também há a Nursing Interventions Classification (NIC), que apresenta as

intervenções realizadas pela enfermagem, baseadas em julgamento e conhecimento clínico. A NIC está composta por uma lista de atividades que irá tratar os fatores relacionados ou de risco e as características definidoras, de forma a auxiliar os pacientes na obtenção dos resultados esperados (NANDA-I, 2013; BULECHEK et al., 2013).

A literatura demonstra diversos estudos sobre as classificações NANDA-I e NIC com achados que favorecem a comunicação, o registro e a implementação de ações sistemáticas e contínuas na enfermagem, além de promover a aproximação entre teoria e prática, o que favorece a tomada de decisão e o raciocínio clínico dos enfermeiros (FERREIRA et al., 2011; MARTINS et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2011; MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011; BAVARESCO; LUCENA, 2012).. Porém, ainda se observa escassez de estudos que abordem a NOC na prática clínica, sendo que de acordo com resultados de uma revisão integrativa (RI), a maioria das publicações disponíveis é de estudos americanos, menos da metade deles com foco na aplicabilidade na prática clínica (GARBIN et al., 2009).

Algumas investigações sobre a NOC no contexto da avaliação da dor já foram realizadas, entre elas, um estudo lituano que validou o conteúdo de três resultados NOC (resposta negativa psicológica à dor, efeito perturbador da dor e intensidade da dor), de acordo com a opinião de enfermeiras especialistas em cuidado paliativo (RIKLIKIENE; SESKEVICIUS, 2010). Estudo brasileiro também realizou validação de conteúdo dos resultados NOC para pacientes clínicos e cirúrgicos com o DE Dor Aguda (LUCENA et al., 2013). Todavia, não se encontrou na literatura nenhum estudo da aplicabilidade clínica da NOC no contexto do cuidado paliativo com foco na avaliação da dor, o que justifica esta proposta de pesquisa.

No Brasil, mais recentemente, estudos indicam que o uso da classificação NOC consiste em alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem. Todavia, nenhum deles trata da aplicabilidade de resultados e indicadores para os DE Dor aguda e Dor crônica no cuidado paliativo. (LUCENA et al., 2013; HEAD et al., 2004; SAMPAIO et al. 2008; SHIN et al., 2012; ALMEIDA et al. 2010; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; AZZOLIN, 2011; PASCOAL, 2009). Essas evidências indicam que estudos sobre os RE para determinadas condições clínicas, como a de pacientes em cuidados paliativos com DE de dor, ainda são insuficientes.

Assim, busca-se nesta pesquisa investigar a aplicabilidade dos resultados e indicadores da NOC, uma vez que se entende que a avaliação dos pacientes por meio da mesma auxiliará na compreensão multidimensional da dor oncológica. Sob esta ótica, tem-se como questões de pesquisa:

– Quais são os resultados e indicadores de enfermagem que enfermeiros especialistas julgam prioritários na avaliação do paciente oncológico em cuidado paliativo?

– Os resultados de enfermagem e respectivos indicadores propostos pela NOC para os diagnósticos de enfermagem dor aguda e crônica são aplicáveis na prática clínica de cuidados paliativos de pacientes oncológicos no contexto brasileiro?

– A pontuação média dos indicadores dos RE permite verificar a evolução dos pacientes?

– Quais os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica em cuidados paliativos?

A relevância do estudo está em aprofundar o conhecimento sobre os resultados e indicadores NOC, de maneira a verificar a aplicabilidade desta taxonomia em ambiente clínico real, considerando a avaliação de pacientes oncológicos em cuidados paliativos com os DE Dor aguda ou Dor crônica relacionada ao câncer, prática que ainda necessita ser qualificada em nosso meio.

Assim, esta pesquisa intenta conhecer a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e sua aplicação na prática clínica, mensurando os resultados alcançados pelos pacientes, decorrentes especialmente das intervenções prescritas pelo enfermeiro e implementadas pela equipe de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral consiste em verificar a aplicabilidade clínica dos resultados propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para os diagnósticos de enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos consistem em:

– selecionar, de acordo com a opinião de especialistas, dentre os resultados e indicadores NOC para os diagnósticos de enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos os considerados prioritários no atendimento destes pacientes;

– construir a definição conceitual e operacional dos indicadores de resultados NOC, determinados pela opinião de especialistas, para avaliação de pacientes com os diagnósticos de enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica sob cuidados paliativos;

– aplicar os indicadores de resultados NOC para avaliar a evolução clínica em pacientes oncológicos com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica sob cuidados paliativos;

– verificar a pontuação média dos indicadores de resultados NOC selecionados para avaliar a evolução clínica de pacientes oncológicos com dor aguda ou crônica em cuidado paliativos;

– identificar os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica sob cuidados paliativos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo visa embasar a pesquisa e se apresenta dividido em três grandes itens: cuidados paliativos oncológicos, que enfoca os princípios dos mesmos e a atuação do enfermeiro no controle de sinais e sintomas; dor, seus tipos, fisiopatologia, avaliação e controle; Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC.

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Cuidado paliativo é o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida com qualidade (MATSUMOTO, 2012).

Uma das necessidades estabelecidas pela OMS, em suas recomendações para a prevenção e o controle do câncer, é a prestação de cuidados paliativos aos pacientes fora de terapia antitumoral específica. Cuidados paliativos são cuidados “ativos totais” prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento antitumoral. O enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas e o alívio do sofrimento humano integrado pelos modelos multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos (BRASIL, 2001a).

A magnitude dos termos “cuidado total e ativo” dão a exata dimensão da visão ideal sobre cuidados paliativos. Cuidado no sentido mais amplo possível, considerando as necessidades dos pacientes em todos os seus aspectos, e ativo no sentido do afastamento da passividade e conformismo em direção a investimentos pelo aprimoramento e pela qualificação da assistência (BRASIL, 2001a).

A ênfase na importância dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais amplia as responsabilidades desta assistência que deve atuar para além do controle de sintomas físicos, priorizando o alívio do sofrimento humano e considerando o impacto de suas ações segundo as considerações de qualidade de vida dos próprios pacientes (BRASIL, 2001a).

O cuidado paliativo requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Não se baseia apenas em protocolos, mas em princípios, e neste momento não se fala em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo o campo de atuação. A abordagem do paciente inclui a espiritualidade entre as dimensões de ser humano e a

família é lembrada e, portanto, assistida inclusive após a morte do paciente no período de luto (MACIEL, 2012).

3.1.1 Princípios dos Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos se baseiam em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenções clínicas e terapêuticas das diversas áreas de conhecimento. A OMS publicou em 1986 os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, os quais foram reafirmados na sua revisão em 2002 e estão listados a seguir (MATSUMOTO, 2012):

Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis: é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais, fatores que podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas e que devem ser levados em consideração na abordagem da dor total.

Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida: o cuidado paliativo deve resgatar a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, com ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

Não acelerar nem adiar a morte: enfatiza que cuidado paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da historia natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares ajudarão nas decisões.

Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente: a doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados. As perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas e materiais, como emprego, poder aquisitivo e, conseqüentemente, *status* social, podem trazer angústia, depressão e desesperança, que interfere objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, com maior dificuldade de controle dos mesmos. Assim, a abordagem desses aspectos sob a ótica da psicologia se faz fundamental, e a possibilidade de abordá-los também sob o ponto de vista da espiritualidade é

uma novidade que se confunde e se sobrepõe à questão religiosa. Entretanto, aliado ou não à religião, a equipe pode abordar a espiritualidade, considerando o paciente com sua crença e seus princípios.

Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte: a qualidade de vida e bem-estar implicam vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional.

Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto: a família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros etc.), pode e deve ser parceira e colaboradora no cuidado paliativo. Essas pessoas conhecem bem o paciente, suas necessidades, peculiaridades, desejos e angústias, o que, muitas vezes, não são verbalizadas pelo próprio paciente. Da mesma forma, essas pessoas também sofrem, e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado.

Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto: na prática do cuidado ao paciente, a equipe frequentemente se depara com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, evolução da doença e relação com o paciente e a família. A integração de diferentes profissionais de saúde é uma forma de considerar o paciente sob todas as suas dimensões e aspectos do seu perfil, de maneira a adequar o tratamento às necessidades de cada um. A equipe multiprofissional, com seus múltiplos “olhares” e sua percepção individual, pode realizar esse trabalho de forma abrangente.

Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença: uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, com respeito aos seus desejos e necessidades podem melhorar o curso da doença. O respeito, controle dos sintomas, valorização dos desejos e necessidades, além da possibilidade de conviver com seus familiares, resgatando pendências, podem auxiliar muito na qualidade de vida do paciente.

Iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes: cuida-se do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, sem privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. Esses devem ser utilizados

levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados. Assim, uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar diagnóstico e tratamento adequados de enfermidades que possam cursar paralelamente à doença principal.

3.1.2 Sintomas de pacientes em cuidados paliativos oncológicos

Nos cuidados paliativos é comum os pacientes apresentarem mais de um sintoma simultaneamente, decorrente da evolução da doença ou do tratamento, o que torna importante poder avaliar e controlar de forma adequada essas necessidades de cuidado, pois uma avaliação abrangente permite a formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Pacientes com câncer em fase final de vida apresentam diversos sintomas, sendo a dor o que, em geral, recebe mais atenção. Porém, outros sintomas como fadiga, dispneia, alterações cognitivas, perda de apetite, caquexia, náusea e depressão, entre outros, podem se apresentar concomitantemente, causando intenso sofrimento, incapacidade e prejuízos à qualidade de vida. (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) descreve em seu manual *Cuidados paliativos oncológicos* (BRASIL, 2001b), os sintomas apresentados pelos pacientes nesta situação, assim como, suas causas e possíveis condutas, a fim de auxiliar as equipes na avaliação e no controle dos mesmos, conforme descrito a seguir:

Agitação psicomotora/confusão mental: estado confusional resultante da queda da função mental em curto espaço de tempo. Pode ser caracterizado por distúrbio da consciência, alteração da cognição ou ter etiologia orgânica.

Alterações da mucosa oral: comum após radioterapia e quimioterapia. Acarreta perda da ingestão oral, aumenta doença periodontal, causa desconforto social e predispõe a infecções. Ocorre devido à debilidade orgânica, diminuição da ingestão oral, uso de drogas, ansiedade, respiração oral e tumoração local.

Agressividade: pode ser de intensidade variada e, muitas vezes, é decorrente de alterações metabólicas e neurodegenerativas. Deve-se atentar para o risco de autoagressão e de agressão a terceiros, e também para o impacto que causa aos familiares.

Anorexia: perda do apetite é o segundo sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, presente em 65% a 85% dos casos. Apetite e ingestão alimentar são fatores importantes na qualidade de vida para o paciente.

Depressão: muito comum em pacientes com câncer, pode mimetizar outras doenças. Deve ser tratada mesmo em fase avançada da doença se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida do paciente.

Diarreia: evacuação líquida de três ou mais episódios ao dia. Ocorre em 5 a 10% dos pacientes com câncer avançado.

Dispneia: o grau da dispneia pode não estar diretamente relacionado à severidade do quadro clínico, visto ser um sintoma subjetivo. Avaliar sempre a causa-base. Ocorre em aproximadamente 60 a 70% dos pacientes com câncer avançado.

Distúrbio do sono: é comum a inversão do ciclo sono-vigília. A insônia ocorre em 29 a 59% dos pacientes com câncer avançado. É importante rever a causa-base (dor, náusea, dispneia, medo ou ansiedade, medicação).

Ansiedade: pode ser manifestada de diversas formas como inquietude, irritabilidade, agitação e angústia, sendo que, muitas vezes, é verbalizada pelo paciente. Quando necessário pode ser introduzida medicação antiansiolítica.

Fadiga: sensação de cansaço extremo devido à combinação de sintomas físicos e mentais. Praticamente universal nos estágios finais da doença.

Hipertensão arterial sistêmica: avaliada por níveis tensóricos não ocasionais acima de 150 x 90 mmHg. Sintoma pouco frequente. Avaliar a presença de ansiedade, dor ou qualquer desconforto do paciente, quando é necessário minimizar a causa-base.

Náuseas e vômitos: ocorrem em 60% dos pacientes com câncer avançado; e em 60% dos pacientes que recebem opioides, em geral, no início da terapêutica, porém esses sintomas podem desaparecer em poucos dias.

Quando a terapêutica especificamente antitumoral não é mais o objetivo do tratamento, o controle desses sintomas torna-se fundamental para o cuidado do paciente, pois cada sintoma é um fenômeno dinâmico e o paciente deve ser reavaliado com frequência, para que as intercorrências sejam prontamente controladas e ele viva em alívio e conforto.

Diante do exposto, o conhecimento e o preparo dos enfermeiros é estratégia fundamental para o controle de sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado em cuidado paliativo. O enfermeiro necessita compreender a totalidade do paciente, avaliando a resposta terapêutica e a ocorrência de efeitos colaterais, visando o conforto e o alívio do sofrimento. Também deve auxiliar no ajuste de atitudes e expectativas sobre os tratamentos, preparando os doentes e cuidadores para a alta hospitalar e/ou para a finitude da vida.

3.2 DOR

A dor é um complexo e desagradável conjunto de experiências sensorial, emocional e mental, que apresenta respostas autônomas, reações psicológicas e comportamentais que são geradas pela lesão do tecido, aparente ou não. Assim, na avaliação clínica dos sinais e sintomas, torna-se primordial valorizar todos os fenômenos envolvidos e experimentados pela pessoa com dor. A nocicepção, a dor, o sofrimento e o comportamento são componentes que interagem entre si, com o ambiente e o indivíduo e, assim, a dor passa a ser um fenômeno que transcende aspectos biofisiológicos, pois inclui fatores sociais, culturais e a história individual sobre a saúde, doença e a dor de cada indivíduo (PASIN, et al, 2011).

A dor é a resposta à nocicepção, que é a detecção do dano tecidual nas terminações nervosas livres, é o potencial de ação que causou a lesão transformado em estímulo elétrico e decodificado como percepção de dor nas estruturas encefálicas superiores. Assim, as manifestações de dor buscam a comunicação da necessidade de auxílio para eliminar a causa e diminuir sofrimento (PASIN, et al, 2011).

O sofrimento é uma resposta afetiva negativa à dor, ao medo, à ansiedade, ao estresse, ante a ameaça à integridade, expresso por comportamentos característicos de quem sente dor, como evitar atividades, relato da dor, expressões faciais e gestos, de acordo com a influencia do ambiente e o modo como cada indivíduo a enfrenta. Assim, existe uma variação de pessoa para pessoa no que diz respeito à percepção de ameaça, pois as experiências de vida e o contexto em que ocorrem os eventos dolorosos variam em cada indivíduo (PASIN, et al, 2011).

Desta forma, os DE Dor Aguda e Dor Crônica (NANDA-I, 2013) apresentam diversas características definidoras que representam significações conceituais específicas, em que se encontram um grupo de respostas comportamentais e neurovegetativas que podem ser observadas e que auxiliam o enfermeiro na avaliação clínica do paciente (PASIN, et al, 2011).

3.2.1 Tipos de Dor

Tradicionalmente, existem muitas maneiras de se classificar a dor, porém distinções claras nem sempre são possíveis. Frequentemente nos direcionam a três tipos de dor: Aguda com uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada (p. ex.: dor pós-operatória e trauma); a Crônica, que é caracterizada por uma duração indeterminada e não autolimitada (p. ex.: dor por osteoartrite) e a Oncológica, que é descrita como “dor total”, pois é uma síndrome em que, além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e

espirituais influem na gênese e na expressão da queixa (CARDOSO, 2012; MORETE, MINSON, 2010).

A avaliação e a intervenção na dor aguda devem ser diferentes da dor crônica. Embora existam aspectos comuns, os relatos de dor aguda têm ênfase nas características da dor, nas suas repercussões biológicas e no seu alívio, enquanto os relatos de dor crônica enfatizam, além desses, aspectos psicossocioculturais que devem ser incluídos.

3.2.1.1 Dor aguda

A Dor Aguda é definida pela NANDA-I (2013, p. 548) como:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

A dor aguda é provocada pela lesão tecidual e ativação de transdutores nociceptivos no local da lesão, possui início súbito e está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. O alívio dos sintomas da mesma responde, em geral, rapidamente às intervenções na sua causa e não costumam ser recorrentes. Está associada a respostas comportamentais e neurovegetativas, como aumento da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, expressões faciais, distração, distúrbio do sono, gestos protetores, agitação psicomotora e ansiedade, assim como relato de intensidade forte ou incapacitante de alto impacto na qualidade de vida, observando-se também vocalização, expressões faciais e posturas de proteção (BRASIL, 2001a; PASIN, et al, 2011).

Entretanto, a ausência de um ou mais sintomas não indica que o paciente que a relata não sente dor, pois como é considerada subjetiva, somente aquele que a sente pode descrevê-la. Sendo assim, a verbalização da sua presença, é considerada o indicador padrão-ouro (PASIN, et al, 2011).

Conforme a NANDA-I (2013) as características definidoras de DE Dor Aguda são: Alterações na pressão sanguínea, Comportamento de distração (p. ex., andar de um lado para outro, procurar outras pessoas e/ou atividades, atividades repetidas), Comportamento de proteção, Comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro), Diaforese, Dilatação pupilar, Distúrbio no padrão de sono, Evidência observada de dor, Expressão facial (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida), Foco em si próprio, Foco estreitado (p. ex., percepção do tempo alterada, processos de pensamento

prejudicado, interação reduzida com pessoas e o ambiente), Gestos protetores, Mudanças na frequência cardíaca, Mudanças na frequência respiratória, Mudanças no apetite, Posição para evitar dor, Relato codificação (p. ex., uso da escala de dor) e Relato verbal de dor. E os seus fatores relacionados são: Agentes lesivos (p. ex., biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

3.2.1.2 *Dor crônica*

A Dor Crônica é definida pela NANDA-I como:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e duração de mais de seis meses. (NANDA-I, 2013, p. 549).

Costuma ser provocada por uma lesão, mas pode ser mantida por fatores genéticos e fisicamente distintos da causa originária. Não é apenas o prolongamento da dor aguda, uma vez que as estimulações nociceptivas repetidas levam a uma variedade de modificações no sistema nervoso central (SNC) (BRASIL, 2001a; PASIN, et al, 2011).

Enquanto a dor aguda provoca uma resposta simpática, com taquicardia, hipertensão e alterações em pupilas, a dor crônica permite uma adaptação a esta situação. Mal delimitada no tempo e no espaço, é a que persiste por processos patológicos crônicos, de forma contínua ou recorrente, sem respostas neurovegetativas associadas e com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequente (BRASIL, 2001a).

As respostas físicas, emocionais e comportamentais ao quadro álgico podem ser atenuadas ou acentuadas por variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais do indivíduo e do meio. De padrão evolutivo e intensidade com variação individual, nem sempre se observa alteração comportamental ou postural, expressões faciais ou vocalizações. Fatores ambientais e afetivos também interagem com o dano tecidual, contribuindo para a assistência de comportamentos de dor e doença (BRASIL, 2001a; PASIN, et al, 2011).

Conforme a NANDA-I (2013) as características definidoras de DE Dor Crônica são: Alteração da capacidade de continuar atividades prévias, Anorexia, Atrofia do grupo muscular envolvido, Comportamento de proteção, Comportamento observado de defesa, Depressão, expressão facial (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta), Fadiga, Foco em si próprio, Interação reduzida com as pessoas, Inquietação, irritabilidade, Medo de nova lesão, Mudanças de padrão de sono, Relato codificado (p. ex., escala da dor), Relato verbal de dor, Respostas mediadas pelo sistema nervoso simpático (p.

ex., temperatura, frio, mudanças na posição do corpo, hipersensibilidade). E os seus fatores relacionados são: Incapacidade física crônica e Incapacidade psicossocial crônica.

3.2.1.3 Dor oncológica

A dor do câncer tem características de dor aguda e crônica. Como dor aguda, ela está diretamente associada com lesão tecidual. Quando persiste ou agrava, ela pode servir como sinal da progressão da doença e criar a sensação de desesperança, devido à qual os pacientes acreditam não valer a pena continuar ou perdem o sentido da vida (COSTA; CHAVES, 2012).

A dor oncológica, diferentemente de outras síndromes álgicas, pode estar associada em 64 a 93% dos pacientes em cuidados paliativos a uma dor intensa, de início súbito com pico em cinco minutos, conhecida como *dor incidental ou tipo "breakthrough"*. Essa prevalência parece aumentar com o avanço da doença e com a intensidade da dor basal. Ocorre em situações voluntárias (movimentação ou mudança de decúbito) e em situações involuntárias (defecar e urinar); portanto, é pouco tolerada pelos pacientes (CARDOSO, 2012)

A sensação de dor constante apresenta como consequência a perda de energia e de amigos; a falta de alívio da dor gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias, sociais e o sono, que é interrompido por ela (COSTA; CHAVES, 2012).

Torna-se relevante também destacar a dor iatrogênica, que é a provocada pelos prestadores de cuidados de saúde, pelos gestos terapêuticos, de diagnóstico e tratamento, sendo frequentemente associadas à noção de doença ou de complicação. Como tem diferentes origens, como inúmeras punções para quimioterapia, tratamentos ou métodos diagnósticos, os profissionais de saúde devem criar formas de preveni-las para minimizar os efeitos da rotina hospitalar (INFANTE, 2011).

3.2.2 Avaliação e controle da dor

A dor é uma experiência única, multidimensional e subjetiva. Estas características dificultam a sua avaliação, que é essencial para o sucesso do tratamento. A avaliação da dor deve ser feita antes de começar o tratamento (avaliação inicial), durante o mesmo (avaliação

contínua) e após o aparecimento de novos sinais e sintomas (avaliação das síndromes de dor comuns para pacientes com câncer) (MÁRQUEZ, 2004).

A avaliação inicial determina a localização, a intensidade e a etiologia da dor. Para essas avaliações deve-se fazer uma história detalhada, determinar a contribuição de fatores físicos, sociais, psicológicos, culturais e espirituais que embasarão uma avaliação diagnóstica precisa (MÁRQUEZ, 2004).

O paciente com dor deve ser considerado a principal fonte de informação e necessita ser detalhadamente avaliado. É importante avaliar quanto à causa, à localização e à intensidade da dor, bem como a presença de outros sintomas, uma vez que a dor possui múltiplas dimensões e fatores prognósticos para seu controle (CARDOSO, 2012; MÁRQUEZ, 2004).

Determinar a causa e a localização da dor: a etiologia e a localização da dor pode ser identificada através de características clínicas obtidas pela anamnese, exame físico e exames complementares.

Medir a intensidade da dor: escalas para medir a intensidade da dor são as ferramentas mais práticas e simples para avaliação do paciente. Com base no que o próprio paciente refere para avaliação da intensidade da dor, se sugere como instrumento de avaliação as escalas unidimensionais e as multidimensionais. Entre elas, pode-se destacar a escala visual analógica (EVA) por ser considerada simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendida em distintas situações onde há diferenças culturais, intelectuais ou mesmo de linguagem do avaliador, e também ser usada para medir variáveis subjetivas, tais como náuseas, alívio da dor, satisfação do paciente e as escalas numéricas que têm a vantagem de que as pessoas estão familiarizados com o conceito de um aumento da estimulação e está relacionada com o aumento a escala numérica (MÁRQUEZ, 2004).

Realizar avaliação multidimensional: as avaliações multidimensionais regulares devem ser conduzidas em doentes terminais, uma vez que apresentam variações frequentes da dor. Este tipo de avaliações leva em conta três componentes da experiência da dor: nociceção, percepção e expressão (MÁRQUEZ, 2004).

Nociceção: refere-se a estímulos sensoriais e origina-se no local do câncer. Difere, dependendo do tipo de câncer ou de sua localização. Não pode ser medida diretamente.

Percepção: produzida no nível do sistema nervoso central, não pode ser medida por estar sujeita à variação central (endorfinas, estimulação de vias inibitórias).

Expressão: é a manifestação final observada no paciente, solicitado pela múltiplas dimensões da dor, o que torna o objetivo principal de todas as avaliações e tratamentos. Os

fatores que influenciam a expressão da dor podem ser detectados numa avaliação multidimensional considerando os seguintes componentes:

a) fatores dependentes da síndrome dolorosa: em cada síndrome dolorosa a dor varia, de acordo com a localização, duração, causa, mecanismo (patológico ou funcional, nociceptivo ou neuropático) e controle dos sintomas associados à ela;

b) fatores dependentes do medicamento utilizado: a resposta à dor também é modificada por fatores dependentes de drogas, como a dose, a tolerância, a toxicidade e a resposta individual;

c) fatores dependentes do paciente: condições culturais, fisiopatológicas e influência ambiental à reação final para dor. As condições fisiopatológicas mais observadas são distúrbios metabólicos subjacentes (insuficiência renal, hipercalcemia, encefalopatia hepática), mal-estar psicológico, estratégias pobres para manejar o estresse, vício em drogas ou álcool, transtorno cognitivo, questões espirituais e personalidade do paciente;

d) fatores dependentes da vida social do paciente: a deterioração das relações sociais influencia na manifestação final da dor. Fatores que devem ser levados em conta incluem o suporte social e familiar, problemas familiares e econômicos .

A avaliação da dor e a eficácia do tratamento devem ser contínuas e requerem os seguintes passos: avaliação e documentação da dor; avaliação da dor em intervalos regulares após o início do tratamento e a cada nova queixa. Os pacientes devem ser estimulados a relatar uma mudança no padrão de dor e, assim, permitir uma reavaliação adequada e consequente mudança no tratamento (MÁRQUEZ, 2004).

Conforme já exposto, o controle da dor deve ser baseado na avaliação cuidadosa do paciente, com elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma, investigando fatores biológicos e psicossociais que possam estar influenciando e impactando na vida do paciente (BRASIL, 2001a).

Com base no que o próprio paciente refere para avaliação da intensidade da dor, a escala numérica verbal (ENV) é um método de autoavaliação representado por uma linha reta de 10 cm, onde o 0 discrimina a ausência de dor e 10 a dor insuportável, como representado na **Figura 1**.

Figura 1 – Escala numérica verbal

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| SEM DOR | | | | | PIOR DOR POSSÍVEL | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ESCALA NÚMERICA | | | | | | | | | | |

Fonte: CARDOSO, 2009.

Sobre essa linha o paciente deve marcar a posição mais aproximada da intensidade da sua dor. A dor é considerada leve quando a intensidade varia de 1 a 3, a intensidade de 4 a 7 é considerada dor moderada; e de 8 a 10, dor severa. O registro da intensidade deve incluir não somente o momento da dor, mas também quando a mesma é aliviada ou exacerbada (CARDOSO, 2009).

Por essa razão, o enfermeiro deve ensinar os pacientes e familiares a utilizar a escala de avaliação da dor. Na prática clínica, a falta de sistematização na avaliação da dor frequentemente leva a um subtratamento, apesar dos avanços terapêuticos. Portanto, na investigação da dor, a possibilidade de o paciente discorrer sobre ela mediante um autorrelato é o ponto de partida para o diagnóstico, para implementação de intervenções e para posterior avaliação de sua eficácia (CARDOSO, 2009).

O paciente oncológico pode apresentar dor aguda além da dor crônica, muitas vezes, provocada por diagnóstico e/ou procedimento terapêutico. Assim, é importante a analgesia, inclusive preventiva, de forma a minimizar os efeitos colaterais do tratamento em todos os seus aspectos (fisiológico, funcional, cognitivo, social, psicológico). Em caso de dor crônica, todas as demais terapias não farmacológicas são necessárias no esforço conjunto de atender, dentro do possível, às expectativas do paciente promovendo maior alívio, conforto e funcionalidade (MICIELI, 2002).

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais dedicadas aos cuidados paliativos devem estabelecer precocemente vias de comunicação clara para a assistência. O familiar é um pilar fundamental para incentivar a adesão ao tratamento, já que uma analgesia insuficiente se traduz em sobrecargas física e psicológica para o paciente e sua família (CARDOSO, 2009).

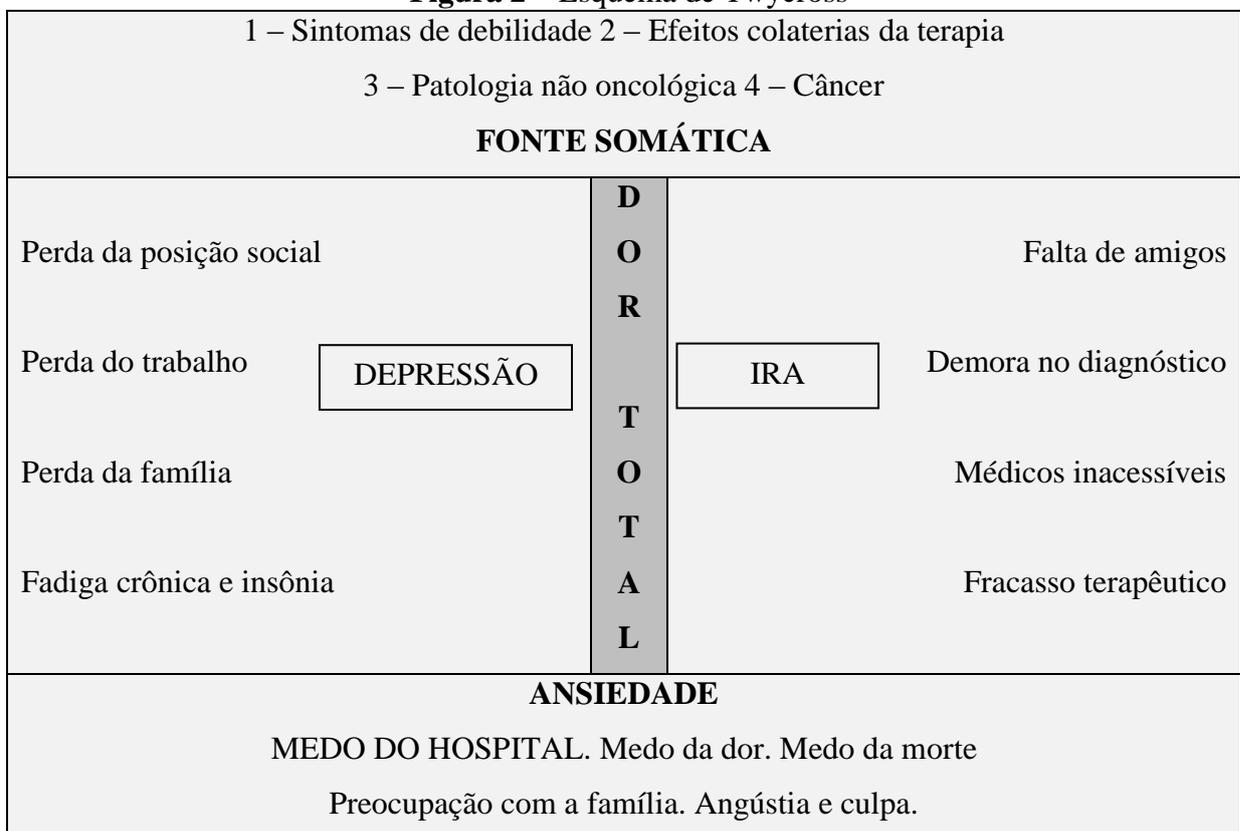
São diversas as barreiras existentes para o manejo e o controle adequados da dor, como a não adesão ao tratamento por parte dos doentes, a relutância na prescrição de opioides por parte dos médicos e a crença de que a dor é inevitável, observada rotineiramente na

prática no ambiente hospitalar (CARDOSO, 2009). Todavia, a estratégia de base científica para o controle adequado da dor e de outros sintomas se resume na sigla “EEMMA” (CARDOSO, 2009 apud TWYXCROSS, 2003).

- Evolução da dor;
- Explicação da causa;
- Manejo terapêutico;
- Monitorização do tratamento;
- Atenção aos detalhes.

Evolução da dor: a doença terminal é progressiva, com grande variabilidade individual associada a múltiplos sintomas intensos e oscilantes. Cada indivíduo tem suas próprias vivências, as quais induzem a uma subjetividade de resposta diante da expressão de dor, envolvendo respostas afetivas e cognitivas. Portanto, é necessário reconhecer o termo “dor total”, explicado por meio de um esquema. Esse conceito mostra a importância de todas as dimensões dos sofrimentos humanos (físico, mental, social e espiritual) (**Figura 2**).

Figura 2 – Esquema de Twycross



Fonte: TWYXCROSS, 2003 apud CARDOSO, 2009)

Explicação da causa: as explicações de causa, mecanismo da dor e fatores que podem modificar a sua intensidade, como o resgate do padrão de sono, a diminuição do cansaço e a melhora do humor por meio de uma linguagem simples para o paciente e sua família, habitualmente contribuem para a confiança e a adesão ao tratamento. O envolvimento direto pelo tumor é a causa mais frequente de dor nos pacientes oncológicos (70%), porém em 17% a dor está relacionada com o tratamento antitumoral.

Manejo terapêutico: os princípios do controle da dor em pacientes com câncer têm sido sumarizados pela *World Health Organization* (WHO) e, ao serem seguidos podem auxiliar a aliviar a dor do câncer em 80% dos casos. Este método pode ser resumido em seis princípios:

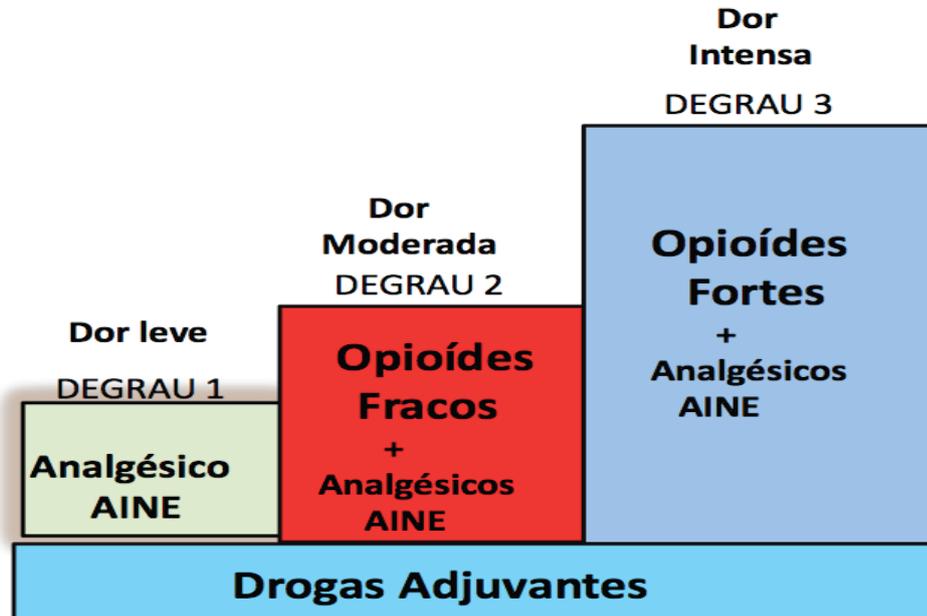
1. pela boca;
2. pelo relógio;
3. pela escada;
4. para o indivíduo;
5. uso de adjuvantes;
6. atenção aos detalhes.

1. *Pela boca:* a via oral é a via de escolha para a administração de medicação analgésica (e outras), sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções. Essa forma dá ao paciente maior controle sobre sua situação, e autonomia para o autocuidado.

2. *Pelo relógio:* a medicação analgésica para dor de moderada a intensa, que deve ser administrada em intervalos fixos de tempo. Escala de horário fixo assegura que a próxima dose seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado e propicia efeito de alívio da dor mais consistente, pois quando é permitido à dor que esta reapareça antes da próxima dose, o paciente experimenta sofrimento extra e desnecessário; tolerância também pode ocorrer, o que leva à necessidade de doses maiores do analgésico.

3. *Pela escada:* a OMS desenvolveu uma escada analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de drogas, no tratamento da dor de câncer.

Figura 3 – Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS)



Fonte: RANGEL; TELLES, 2012.

4. *Para o indivíduo*: as necessidades individuais para analgesia variam enormemente (a média dos pacientes vai requerer o equivalente a 60-120mg de morfina oral por dia; alguns vão necessitar de menores doses e uma pequena percentagem pode solicitar doses altas, acima de 2000mg/dia). A dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente. A dose certa de morfina é aquela que alivia a dor do paciente sem efeitos colaterais intoleráveis.

5. *Uso de adjuvantes*: para aumentar a analgesia é possível lançar mão de outros medicamentos (corticosteroides, anticonvulsivantes). Também são indicados para controlar efeitos adversos dos opiáceos (antieméticos, laxativos) e para controlar sintomas que estão contribuindo para a dor do paciente, como ansiedade, depressão, insônia.

6. *Atenção aos detalhes*: dar ao paciente e cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto orientadas verbalmente, sobre os nomes dos medicamentos, sua indicação, dosagem, intervalo entre as tomadas e possíveis efeitos colaterais. Explorar a “Dor Total” do paciente, determinando o que o paciente sabe sobre sua situação, seus medos e crenças.

Monitorização do tratamento: a monitorização do tratamento da dor mediante escalas é necessária não só para o seguimento da avaliação da eficácia terapêutica, mas também para identificar progressão da doença, tipo e padrão temporal de dor, desenvolvimento de tolerância medicamentosa, aparecimento de efeitos adversos intratáveis e necessidade de rodízio dos opioides. As respostas aos fármacos que o paciente recebeu

previamente são avaliadas, procurando-se ajustar a posologia (doses, intervalos), agregando-se fármacos adjuvantes quando necessário, modificando-se os fármacos prescritos ou adaptando-se a via de administração dos medicamentos, já que mais da metade dos doentes com câncer avançado necessita de duas ou mais vias de administração de analgésicos antes do óbito.

Atenção aos detalhes: o controle da dor tem uma base científica, mas existem também aspectos de ordem prática, como a adoção de uma postura detalhista para evoluir, e não presumir, associada a uma boa dose de atitude humanitária, o que contribui para a eficácia da terapêutica analgésica. As recomendações assistenciais, por exemplo, devem ser escritas e exaustivamente orientadas verbalmente. A melhor prescrição para controlar uma dor severa pode falhar porque o paciente não recebeu a adequada orientação. Quanto mais fácil for o regime terapêutico, maior a possibilidade de seu cumprimento. Alguns fármacos são de diferentes cores, o que ajuda comunicação e orientação diárias com alguns pacientes. Diversificar a forma de apresentação de diferentes medicamentos (comprimidos, pastilhas, cápsulas, soluções, gotas) pode fazer com que o doente tenha a impressão de que não ingeriu tantos medicamentos assim. Pode-se, ainda, adicionar essência de laranja ou menta a solução de morfina e carbamazepina, sabidamente amargos, para que resulte em um sabor mais agradável. Dentro do possível, limita-se a prescrição em quatro a cinco medicamentos, preferencialmente de ação prolongada, garantindo, assim, maior adesão. Infelizmente, isso nem sempre é possível devido à evolução flutuante da dor da maioria dos doentes. Evitar o retardo no tratamento da dor, utilizar doses-resgate durante o uso dos opioides, não usar placebos e manter constante comunicação com o paciente e sua família são outros cuidados do tratamento sintomático que devem ser lembrados.

3.3 CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM NANDA-I, NIC E NOC E O CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICO COM DOR AGUDA OU CRÔNICA

A prática de enfermagem sistematizada favorece a identificação das necessidades manifestadas pelos pacientes ou familiares, bem como a articulação e a negociação com os demais membros da equipe de saúde, em nome da concretização e da melhoria do cuidado. Para isto, a enfermagem utiliza o Processo de Enfermagem (PE), método que organiza e orienta as condições necessárias à implementação de ações e a avaliação da efetividade das mesmas de forma rigorosa e sistemática. O mesmo é realizado por meio de cinco etapas

dinâmicas e interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (ALMEIDA et al., 2011; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Essas etapas do PE oferecem subsídios ao enfermeiro para compreender o significado das situações percebidas e para auxiliar no julgamento sobre elas, direcionando a execução de intervenções necessárias para alcançar um determinado resultado. Esses aspectos são os elementos intrínsecos da prática profissional no PE: diagnósticos, intervenções e RE. Assim, o PE pode ser entendido também como uma atividade intelectual que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, cujo foco é a obtenção dos resultados esperados (SILVA, 2013).

Os elementos inerentes à prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação e de conceitos que fazem parte da linguagem profissional, instrumentos tecnológicos utilizados no processo e no produto do raciocínio e do julgamento clínico acerca das necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades diante de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais; do cuidado da clientela (indivíduos, famílias e coletividades) e dos resultados que são sensíveis à intervenção de enfermagem, além de embasarem a documentação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O uso da linguagem padronizada na enfermagem é debatido há mais de 40 anos e favorece o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informações, além de serem ferramentas que facilitam o processo de pensamento crítico e a tomada de decisão (AZZOLIN, 2011). Nesse contexto, hoje, estão à nossa disposição vários sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Entre eles, destacam-se a NANDA Internacional© (NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (NANDA-I, 2013; BULECHEK et al., 2013; MOORHEAD et al., 2013).

A NANDA-I é a classificação de termos diagnósticos apresentados em um sistema taxonômico sob forma multiaxial, publicada pela primeira vez em 1982 como proposta de classificação dos Diagnósticos de Enfermagem e é reeditada a cada dois anos com revisão do seu conteúdo, a partir de estudos desenvolvidos por enfermeiros de todo o mundo, como o estudo que criou e submeteu à NANDA-I na área de imagenologia com o DE "Reação Adversa ao Contraste Iodado" e "Risco para Reação Adversa ao Contraste Iodado", incentivando os enfermeiros brasileiros a contribuir com a taxonomia (JUCHEM; ALMEDIA; LUCENA, 2010).

Atualmente, ela está estruturada em 13 domínios, 47 classes e 216 DE. Um domínio é uma esfera de atividade, estudo ou interesse. Uma classe é uma subdivisão de um grupo

maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau. O DE é um “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade” (NANDA-I, 2013, p.588).

Cada diagnóstico inclui um título ou nome para o diagnóstico, uma definição, características definidoras (sinais ou sintomas), fatores de risco e/ou fatores relacionados (etiologias). Muitos diagnósticos estão qualificados por termos como risco de, eficaz, ineficaz, prejudicada, desequilibrada, deficiência no autocuidado, disposição para, perturbado, diminuído, etc. A edição de 2012-2014 é organizada pelo conceito de acordo com os domínios da Taxonomia II, ou seja, Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade / Repouso, Percepção / Cognição, Autopercepção, Relações de Papel, Sexualidade, Enfrentamento Tolerância / Stress, Princípios de Vida, Segurança / Proteção, Conforto e Crescimento / Desenvolvimento (NANDA-I, 2013)

Na estrutura taxonômica da NANDA-I, o DE Dor Aguda e Dor Crônica se situam no Domínio 12, Conforto e na Classe 2, Conforto Físico (NANDA-I, 2013).

Neste cenário, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) já possui uma trajetória que inclui mais de 30 anos de experiência. Até o ano 2000 o mesmo era realizado de forma manual e com quatro etapas. A partir de então, o PE no HCPA foi informatizado e ocorreu a inclusão da etapa de diagnóstico segundo a Taxonomia da NANDA-I em conjugação à Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Wanda Horta (ALMEIDA, LUCENA, 2011). Atualmente, utiliza-se o PE constituído de cinco etapas: anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição dos cuidados, implementação e evolução.

Para a etapa de planejamento e implementação de intervenções de enfermagem, um sistema de classificação bastante utilizado é a Nursing Intervention Classification (NIC), que foi desenvolvida por pesquisadores do College of Nursing da University of Iowa. A NIC apresenta como foco as intervenções do enfermeiro na execução de sua prática profissional, sendo um sistema de classificação voltado para o tratamento dos DE da NANDA-I.

Uma intervenção de enfermagem é definida como “*qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pelo enfermeiro para intensificar o resultado do paciente/cliente*”, constituída por uma lista de atividades que irão tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras de um DE estabelecido (BULECHHEK et al., 2013, p 2).

No HCPA, os cuidados de enfermagem prescritos estão baseados na literatura, na experiência da prática clínica das enfermeiras do hospital, e, mais recentemente, nas intervenções da NIC.

Distintamente da classificação da NANDA-I que traz para o DE Dor Aguda o fator relacionado denominado Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos), o sistema de prescrição de enfermagem da instituição contém quatro etiologias: Trauma, Alteração Vascular, Evolução da Doença e Agentes Lesivos, para as quais há um total de 52 cuidados de enfermagem que podem ser prescritos. Para o DE Dor Crônica, que na NANDA-I está descrito os fatores relacionados Incapacidade física crônica e Incapacidade psicossocial crônica, o sistema de prescrição de enfermagem da instituição contém três etiologias: Processo Inflamatório, Trauma Tissular e Evolução da Doença, para as quais disponibiliza 39 cuidados de enfermagem para serem prescritos.

Baseados na necessidade de avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, pesquisadores buscaram o desenvolvimento de uma nova classificação. Assim, em 1997, vindo ao encontro dessa necessidade, desenvolveu-se a proposta de Classificação dos Resultados de Enfermagem, em inglês, Nursing Outcomes Classification – NOC. No Brasil sua primeira publicação ocorreu em 2004, com tradução da segunda edição (MOORHEAD et al., 2013).

A NOC, é uma classificação padronizada dos RE que descreve o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Está estruturada em sete domínios, 31 classes e 385 RE (MOORHEAD et al., 2013).

O domínio I é da Saúde Funcional, que descreve a capacidade para o desempenho de tarefas básicas da vida, incluindo classes de Manutenção de Energia, Crescimento e Desenvolvimento, Mobilidade e Autocuidado.

O domínio II é Saúde Fisiológica, com resultados que descrevem funções orgânicas, englobando as classes Cardioplumonar, Eliminação, Líquido e Eletrólitos, Resposta Imunológica, Regulação Metabólica, Neurocognitivo, Nutrição, Resposta Terapêutica, Integridade Tissular, e Função Sensorial.

O domínio III é Saúde Psicossocial, que descreve resultados de funcionamento psicológico e social, abrangendo as classes Bem-Estar Psicológico, Adaptação Psicossocial, Autocontrole e Interação Social.

O domínio IV é Conhecimento em Saúde e Comportamento, o qual descreve os resultados de atitudes, compreensão e ações relativas à saúde e à doença e inclui as classes de

Comportamento de Saúde, Crenças de Saúde, Conhecimento de Saúde, Controle de Riscos e Segurança.

O domínio V é Saúde Percebida, que traz resultados que descrevem impressões sobre saúde e assistência de saúde individuais, englobando as classes Saúde e Qualidade de Vida, estado dos Sintomas e Satisfação com a Assistência.

O domínio VI é Saúde Familiar, que apresenta os resultados que descrevem o estado de saúde, o comportamento ou o funcionamento da família como um todo ou de um membro da família, sendo suas classes o Desempenho do Cuidador da Família, Estado de Saúde de um membro da Família, Bem-Estar da Família e Paternidade/Maternidade.

O domínio VII é Saúde Comunitária, conceituado como resultados que descrevem a saúde, o bem-estar e o funcionamento de uma comunidade ou população, abrangendo as classes Bem-Estar da Comunidade e Proteção da Saúde da Comunidade.

Na NOC há 13 diferentes escalas para avaliar a ampla variedade de RE que fazem parte da classificação. As medidas são de cinco pontos cada, que variam em ordem crescente, da condição menos desejável (1) a mais desejável (5). O intervalo entre as avaliações e o prazo para alcance dos resultados são determinados pelos enfermeiros, mas são necessárias pelo menos duas avaliações consecutivas (ALMEIDA et al., 2011; MOORHEAD et al., 2010).

As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto reflete a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do estado de saúde, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado (MOORHEAD et al., 2010).

Apesar da possibilidade de medida, uma das preocupações com os resultados da NOC é a subjetividade das escalas, pois os indicadores podem determinar o estado do paciente, mas não excluem a necessidade de um julgamento clínico do enfermeiro. Assim, é recomendado o uso de âncoras específicas para cada resultado, seguidas de definição operacional, ou seja, o modo como cada indicador será avaliado na prática, principalmente quando um número reduzido de resultados é utilizado na pesquisa de uma determinada população (MOORHEAD et al., 2010).

Os resultados da NOC não especificam só o estado desejado, mas também a real condição do indivíduo em determinado momento. Fornecem a avaliação de progressão ou não

do indivíduo, mesmo quando o resultado esperado não é observado (MOORHEAD et al., 2010).

O livro da NOC compreende seis partes, uma delas destinada às ligações entre os seus resultados e os DEs da NANDA-I, que são apresentados em dois níveis: os “sugeridos”, considerados principais para um DE e, os “associados adicionais”, que não são necessariamente principais, mas que podem, com frequência, serem utilizados na avaliação de um DE. Cada RE possui um título, uma definição e uma série de indicadores que são medidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos (MOORHEAD et al., 2010).

De acordo com a quarta edição da NOC, utilizada neste estudo, para o DE Dor aguda são seis os resultados sugeridos e 17 os resultados adicionais associados. Para o DE Dor Crônica são seis os resultados sugeridos e 15 os resultados adicionais associados, sendo que os dois diagnósticos possuem similaridade em três resultados sugeridos e em oito resultados adicionais associados (MOORHEAD et al., 2010).

Na quinta edição da NOC lançada nos Estados Unidos após o início desta pesquisa, cujo livro ainda não está traduzido no Brasil, para um diagnóstico de enfermagem real, são fornecidos três categorias de resultados. A primeira categoria oferece resultados para medir a resolução do DE. A segunda categoria fornece resultados adicionais para medir as características definidoras identificadas para o DE. A terceira categoria oferece resultados associados com os fatores relacionados ou resultados intermediários. Para o DE Dor Aguda são dois resultados para medir a resolução do DE, 15 resultados adicionais para medir as características definidoras identificadas para o DE e 21 resultados associados com os fatores relacionados ou intermediários. Para o DE Dor Crônica são quatro resultados para medir a resolução do DE, 24 resultados adicionais para medir as características definidoras identificadas para o DE e nove resultados associados com os fatores relacionados ou intermediários, sendo que os dois diagnósticos possuem similaridade em dois resultados na primeira categoria, 11 resultados na segunda categoria e dois resultados na terceira categoria. (MOORHEAD et al., 2013).

No capítulo dos Resultados básicos por especialidades de enfermagem identifica-se 18 resultados para o DE Dor Aguda e 21 resultados para o DE Dor Crônica na especialidade oncologia e na especialidade de Cuidados Paliativos encontram-se apenas seis resultados para o DE Dor Aguda e três resultados para o DE Dor Crônica (MOORHEAD et al., 2013).

A seleção dos RE e indicadores a serem aplicados na avaliação em cada paciente fica a critério do profissional responsável pelo cuidado, visto que a NOC pode ser utilizada por qualquer especialidade da saúde (MOORHEAD et al., 2013).

Contudo a avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem por meio da NOC encontra dificuldades geradas por diversos fatores, especialmente pela dificuldade de aplicação na prática clínica. Os resultados são utilizados para ser definidos como metas, porém quando a meta estabelecida não é atingida, os escores obtidos oferecem ao enfermeiro a quantificação mais próxima ou mais distante do esperado (AZZOLIN, 2011).

Desta forma, pesquisas de avaliação dos pacientes, por meio de resultados da NOC, podem demonstrar a qualidade e a eficácia da prática de enfermagem, porém essas medidas necessitam de validação e confiabilidade. Estudo que avaliou aplicabilidade dos RE em pacientes com o DE Déficit no autocuidado para banho e higiene demonstrou que as escalas NOC apresentaram consistência interna, sendo confiáveis para mensurar a evolução dos pacientes durante a implementação dos cuidados de enfermagem (ALMEIDA et al., 2010).

Outro estudo que estabeleceu testar a aplicabilidade da Classificação de Resultados de Enfermagem em pacientes com DE Mobilidade Física Prejudicada, submetidos à ATQ, concluiu que o uso da NOC pode demonstrar a evolução clínica dos pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATQ, sendo passível de aplicação neste cenário da prática de enfermagem (SILVA, 2013).

No contexto da avaliação da dor se encontrou um estudo lituano que validou o conteúdo de três resultados NOC (resposta negativa psicológica à dor, efeito perturbador da dor e intensidade da dor), de acordo com a opinião de enfermeiras especialistas em cuidado paliativo (RIKLIKIENE; SESKEVICIUS, 2010) e um estudo brasileiro que validou o conteúdo dos resultados NOC para pacientes clínicos e cirúrgicos com o DE Dor Aguda (LUCENA et al., 2013), os quais embasaram o presente estudo.

4 MÉTODOS

A seguir, será descrita a abordagem metodológica do estudo, o local e o período em que foi desenvolvido, os sujeitos e a logística adotada para coleta e análise dos dados, bem como as considerações éticas.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo, o pesquisador parte de uma questão de pesquisa para o ponto final em sequência lógica de passos (POLIT, 2011). Para tanto, a presente investigação foi desenvolvida em duas etapas distintas.

Primeiramente, utilizou-se a opinião de especialistas para selecionar os resultados e indicadores NOC para os DE Dor Aguda e Dor Crônica, considerando-se os pacientes oncológicos no cenário de cuidado paliativo. Este procedimento tem sido amplamente utilizado para o refinamento das taxonomias de enfermagem, com vistas a estabelecer padrões da prática clínica (LUNNEY et al., 2010; AZZOLIN et al., 2012). Os achados desta etapa embasaram a formulação de um instrumento constituído pelos resultados e indicadores NOC selecionados, aplicado na segunda etapa do estudo.

Na segunda etapa da investigação, foi desenvolvido um estudo longitudinal prospectivo, que consiste em seguir a mesma amostra de indivíduos ao longo de um tempo, onde existem pelo menos dois pontos distintos no tempo em que se colhem dados e permitem estudar as mudanças de estado que ocorreram durante o período de seguimento (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que se caracteriza por ser um hospital público, geral e universitário, com cerca de 750 leitos e que atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela formada, prioritariamente, por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). No HCPA, o estudo foi conduzido no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP), criado em 2007, que possui sete leitos destinados ao atendimento dos pacientes oncológicos fora de possibilidade terapêuticas de cura, tendo como foco o controle da dor e de outros

sintomas, fornecendo tratamento clínico e suporte psíquico, espiritual e social, com ações voltadas à qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Diferente de outras unidades que também assistem pacientes em cuidados paliativos, o NCP foi criado para cuidar essencialmente dos mesmos, juntamente com suas famílias. A assistência prestada nesta unidade está fundamentada em uma filosofia de tratamento que busca respeitar a opinião dos pacientes e seus famílias sobre as expectativas e os sentimentos em relação à implementação de um cuidado especializado. Desta forma, o cuidado é estabelecido em uma prática humanizadora e integrativa, na qual a equipe de saúde está composta por profissionais com diferentes itinerários de formação para desenvolver um trabalho multidisciplinar, que reforce seus integrantes internamente e que tenha condições de promover assistência integrada a indivíduos e suas famílias, sem julgamentos de valor, respeitando as diferentes crenças e modos de enfrentar esse momento de vida, disposta a discutir com os mesmos as condutas a serem tomadas e esclarecendo sobre as possibilidades disponíveis. (KRUSE et al., 2007).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Na primeira etapa do estudo, os sujeitos foram enfermeiros especialistas no cuidado ao paciente oncológico e, na segunda etapa, pacientes oncológicos hospitalizados em unidade de cuidados paliativos.

4.3.1 Etapa de opinião dos especialistas

Dentre os 27 enfermeiros convidados a participar desta etapa da pesquisa, 15 concordaram. Todavia, dois deles não devolveram o instrumento de coleta de dados, configurando assim, duas perdas. Portanto, contou-se com uma amostra final de 13 enfermeiros, considerados especialistas no cuidado ao paciente oncológico, que trabalham em duas diferentes instituições hospitalares de Porto Alegre. Para se definir como especialista, adotou-se como critério determinante o de possuir experiência na prática assistencial ao paciente oncológico em cuidado paliativo por pelo menos dois anos.

4.3.2 Etapa do estudo longitudinal prospectivo

Para esta etapa do estudo os sujeitos foram os pacientes internados no NCP do HCPA. Os pacientes elegíveis foram identificados através de busca ativa realizada pela pesquisadora,

que fazia contato telefônico diário com as enfermeiras do NCP e perguntava sobre as internações ocorridas. Toda vez que um paciente elegível era internado o mesmo era consultado sobre sua disponibilidade em fazer parte da investigação e, em caso positivo, iniciava-se a aplicação do instrumento de coleta de dados. Tratou-se, portanto, de uma amostra por conveniência.

4.3.3 Critérios de inclusão dos pacientes

Foram incluídos pacientes adultos de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e em tratamento paliativo comprovado por registros no prontuário, com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica estabelecidos durante sua internação na unidade e que concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.4 Critérios de exclusão dos pacientes

Foram excluídos os indivíduos que, apesar de possuírem os critérios estabelecidos, não foram avaliados com o instrumento de coleta de dados nas primeiras 24 horas de abertura dos DE. Este período foi definido para que o paciente fosse avaliado no primeiro dia de abertura dos DE, sem haver perda do que se considerou “ponto zero” na avaliação do paciente.

4.3.5 Cálculo da amostra

O cálculo da amostra foi estimado para o desfecho da melhora da pontuação da NOC, indicando a melhora dos DE Dor Aguda ou Dor Crônica. Para tanto, utilizou-se como base estudos prévios (AZZOLIN, 2011; SILVA, 2013; LINHARES, 2012), considerando-se uma diferença de 1 ponto no escore dos resultados da NOC obtidos na avaliações; com poder de 90%, um erro tipo alfa de 5%, com desvio padrão entre as pontuações de 1 e com uma correlação estipulada entre a primeira e a última avaliação de 0,5, o que determinou a necessidade de 15 pacientes, somando 20% de perdas.

4.4 LOGÍSTICA E PROCEDIMENTOS DE COLETAS E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Primeira etapa: opinião de especialistas e construção do instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem NOC

Nesta primeira etapa, 27 enfermeiros contatados atenderam o critério de elegibilidade e foram convidados a participar de um encontro presencial com a finalidade de apresentar o projeto de pesquisa e convidá-los a fazer parte do estudo. Destes, 15 aceitaram participar de um encontro individual com a pesquisadora, que explanou sobre os objetivos da pesquisa e explicou sobre o instrumento de coleta de dados desta fase. Quando o enfermeiro concordava em participar do estudo o mesmo assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e então era capacitado para o preenchimento do instrumento, com vistas à seleção dos resultados e indicadores NOC para avaliação de pacientes oncológicos em cuidado paliativo e com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica.

O envio do instrumento para os enfermeiros ocorreu por correio eletrônico, juntamente com a instrução de que deveriam ser devolvidos em um prazo máximo de 30 dias. Para isto, foi criado um endereço eletrônico específico, o qual serviu para o envio e retorno dos instrumentos e esclarecimentos de dúvidas. A pesquisadora obteve retorno de 13 instrumentos preenchidos, com duas perdas por falta de devolução.

A base da seleção dos RE NOC, para compor o instrumento de coleta de dados usado na etapa de opinião dos especialistas, foi o capítulo de ligações da NOC-NANDA-I descrito na 4ª edição da classificação, que aponta seis resultados sugeridos e 17 resultados adicionais associados para o DE Dor Aguda e seis resultados sugeridos e 15 resultados adicionais associados para o DE Dor Crônica, sendo que três resultados sugeridos e oito resultados adicionais associados estão repetidos nos dois DE (ANEXO A).

Assim, o instrumento (APÊNDICE B) continha todos os RE relacionados aos DE Dor Aguda e Dor Crônica, a fim de serem selecionados pelo enfermeiro especialista quanto a sua aplicabilidade na avaliação dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. O instrumento continha na primeira coluna os RE sugeridos e adicionais associados da NOC para Dor Aguda e Dor Crônica com seu título, conceito e seus respectivos indicadores; nas segunda e terceira colunas constavam as opções “seleciono” ou “não seleciono”, que deveria ser assinalada com um *x* pelos especialistas.

Após o retorno dos instrumentos foi realizada uma análise estatística descritiva, com somatório de frequência absoluta e relativa dos RE e seus indicadores recomendados pelos enfermeiros. Utilizou-se como padrão um percentual mínimo de 75% para a seleção dos RE.

Esse percentual foi em função do grande número e da semelhança entre os indicadores analisados.

Assim, 11 RE e 44 indicadores foram inicialmente selecionados pelos especialistas, os quais compuseram um instrumento que foi utilizado em estudo-piloto. Destacando-se a recomendação da NOC para que sejam escolhidos resultados realmente relevantes no contexto assistencial em que são empregados, a pesquisadora e sua orientadora (doutora em enfermagem e com ampla experiência na aplicação das classificações, tanto na assistência como no ensino e na pesquisa) perceberam a necessidade de um refinamento desses RE e seus indicadores. Esta necessidade foi identificada em função dos resultados do estudo-piloto e da semelhança entre alguns deles, que então foram excluídos. Assim, ficaram oito RE e 19 indicadores.

Após, para cada indicador dos oito RE selecionados foram desenvolvidas definições conceituais e operacionais elaboradas a partir da literatura atual (SILVA, 2013; PASIN et al., 2011; BRASIL, 2001a; QUEROZ; NERI, 2005; BRASIL, 2001b; SANCHEZ, 2010; MATEUS, 2008; CORRÊA, CEOLIM, 2008; ALBERT EINSTEIN, 2013; ANVISA, 2009; SMELTZER, BARE, 2009; PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000; CAUDILL, 1998; RIGOTI, FERREIRA, 2005) dos livros das classificações de enfermagem NANDA-I e NOC (NANDA-I, 2013; MOORHEAD, 2010) e da experiência clínica no cuidado a pacientes em cuidados paliativos. A função das mesmas foi a de nortear a aplicação dos indicadores nos diferentes graus das escalas da NOC, uma vez que a classificação não especifica os diferentes graus das mesmas.

As definições conceituais e operacionais de cada indicador, bem como da definição operacional quanto a magnitude das âncoras de acordo com as escalas de cinco pontos dos RE da NOC estão no quadro 1.

Quadro 1 - Definições conceituais, operacionais e magnitude da definição operacional dos indicadores selecionados para o estudo. Porto Alegre, RS, 2013

| RE Nível de Dor (2102): Gravidade de dor observada ou relatada | | |
|---|--|---|
| INDICADORES | Definição Operacional | Magnitude da definição operacional |
| Dor relatada (210201) Definição conceitual: Caracteriza-se pelo autorrelato da experiência dolorosa. A resposta pode ser espontânea ou solicitada (SILVA, 2013). | Aplicar a Escala numérica verbal (ENV), perguntando quanto ele classifica sua dor de 0 a 10. | 1. Dez (10) = Dor de intensidade insuportável. 2. Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade. 3. Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada. 4. Um a Três (1 a 3) = |

| | | |
|--|--|---|
| | | Dor de fraca intensidade. 5. Zero (0) = Ausência de Dor. |
| Duração dos episódios de dor (210204) Definição conceitual: Caracteriza-se pelo tempo de duração dos episódios de dor. | Perguntar ao paciente o tempo de duração dos episódios de dor, considerando período de 24 horas . | 1. Os episódios de dor duram o tempo todo. 2. Os episódios de dor duram maior parte do tempo. 3. Os episódios de dor duram por mais de 1 hora. 4. Os episódios de dor duram até 1 hora. 5. Sem episódios de dor |
| Expressões faciais de dor (210206) Definição conceitual: Caracteriza-se por alterações na mímica facial durante episódios dolorosos (PASIN et al., 2011). | Observar se o paciente apresenta mudança da expressão facial do rosto como indicativo de dor, como por exemplo: testa enrugadas, boca torcida, face de choro, contração das sobrancelhas, reação de língua, tremor no queixo, abertura de lábio durante a avaliação. | 1. Apresenta expressões faciais de dor continuamente durante a avaliação. 2. Apresenta expressões faciais de dor 5 a 6 vezes durante a avaliação. 3. Apresenta expressões faciais de dor 3 a 4 vezes durante a avaliação. 4. Apresenta expressão facial de dor de 1 a 2 vezes durante a avaliação. 5. Não apresenta expressões faciais de dor durante a avaliação. |
| Agitação (210222) Definição conceitual: Estado de movimentação inquieta, perturbação, excitação (BRASIL, 2001b). | Observar se o paciente apresenta sinais de agitação, como: remexer-se, retorcer as mãos, puxar as roupas e incapacidade de ficar sentado quieto. | 1. Agitação perigosa (ex: tenta remover cateteres) 2. Muito agitado, não apresenta calma após comando verbal. 3. Agitação moderada, apresenta calma após comando verbal. 4. Agitação leve, apresenta-se calmo e cooperativo após comando verbal. 5. Sem agitação. |
| Irritabilidade (210223) Definição conceitual: Reação excessiva aos estímulos, traduzido por desconforto que gera uma certa impaciência até a fúria | Observar se paciente apresenta sinais de irritação (impaciência, ódio, fúria, resposta agressivas, demonstração de contrariedade) durante a avaliação. | 1. Irritação perigosa (ex: tenta agredir) 2. Muito irritado (irrita-se com todos os estímulos e não apresenta calma em |

| | | |
|---|--|---|
| e o ódio (BRASIL, 2001b). | | nenhum momento). 3. Irritação moderada (irrita-se com alguns estímulos, mas não se acalma com facilidade). 4. Irritação leve (irrita-se com determinado estímulo, mas acalma-se com facilidade) 5. Sem irritação. |
| RE Sinais Vitais (0802): <i>O quanto a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão sanguínea estão dentro de uma variação normal.</i> | | |
| Frequência respiratória (080204) Definição conceitual: Número de ciclos respiratórios (inspiração e expiração) que o organismo realiza involuntariamente por minuto (ANVISA, 2009). | Verificar parâmetros da frequência respiratória. | 1. > 26 mpm 2. 25 a 26 mpm 3. 23 a 24 mpm 4. 21 a 22 mpm 5. 16 a 20 mpm |
| Pressão Arterial (080205/080206) Definição conceitual: Refere-se à pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias durante a sístole e diástole ventriculares. SMELTZER; BARE, 2009). | Verificar parâmetros da pressão arterial. | 1. \geq 180/110mmHg 2. 179/109 160/100mmHg 3. 159/99 140/90mmHg 4. 139/89 130/85mmHg 5. 129/84 120/80 mmHg |
| RE Sono (0004): <i>Suspensão periódica natural da consciência durante o qual o corpo se recupera.</i> | | |
| Qualidade do sono (000404) Definição conceitual: Características habituais do sono (COORÊA; CEOLI, 2008). | Observar/perguntar se o paciente apresenta características que diminuem ou prejudicam a qualidade do sono, como por exemplo: - dificuldade para adormecer; - acorda várias vezes por noite; - dificuldade para respirar; - apresenta frio durante o sono; - apresentou dor durante o sono; - usa medicação para dormir; - apresenta sonolência diurna e distúrbios durante o dia. | 1. Apresenta 7 ou mais características. 2. Apresenta 5 a 6 características. 3. Apresenta 3 a 4 características. 4. Apresenta 1 a 2 características. 5. Nenhuma característica apresentada. |
| RE Controle da dor (1605): <i>Ações pessoais para controlar a dor.</i> | | |
| Reconhecimento do início da dor (160502) | Perguntar ao paciente se ele sabe identificar quando iniciou a dor. | 1. Nunca reconhece. 2. Raramente reconhece |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Definição conceitual: Capacidade de o paciente reconhecer quando a dor se inicia (MATEUS, 2008).</p> | | <p>o início da dor. 3. Algumas vezes reconhece o início da dor. 4. Frequentemente reconhece o início da dor. 5. Sempre reconhece o início da dor.</p> |
| <p>Descrição dos fatores causadores (160501) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente descrever os fatores causadores da dor (MATEUS, 2008).</p> | <p>Solicitar ao paciente que descreva os fatores causadores da dor, como por exemplo: - mudança de posição; - excesso de calor; - excesso de frio; - movimentos; - tosse; - respiração; - analgésica inadequada; - repouso prejudicado; - lesão/tumor</p> | <p>1. Não sabe descrever os fatores. 2. Consegue descrever 1 a 2 dos fatores. 3. Consegue descrever 3 a 4 dos fatores. 4. Consegue descrever 5 a 7 dos fatores. 5. Consegue descrever 8 ou mais os fatores.</p> |
| <p>Uso de medidas de alívio não analgésico (160504) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente usar métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos (MATEUS, 2008)</p> | <p>Observar/perguntar se paciente usa métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos, como por exemplo: - realiza relaxamento (diminuir tensão muscular); - realiza estratégias para desviar atenção; - realiza aplicação de frio e calor; - realiza exercícios (movimentos de alongamento e resistência); - restringi e limita movimentos quando necessários; - realiza massagem em partes do corpo; - aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eletrodos na pele; - realiza toque terapêutico.</p> | <p>1. Não utiliza medidas. 2. Utiliza 1 a 2 medidas. 3. Utiliza 3 a 5 medidas 4. Utiliza 6 a 8 medidas. 5. Utiliza 8 ou mais medidas.</p> |
| <p>RE Estado de Conforto (2008): <i>Conforto geral físico, espiritual, sociocultural, e ambiental e segurança de um indivíduo.</i></p> | | |
| <p>Bem-estar físico (200801) Definição conceitual: Estado de conforto geral físico (BRASIL, 2001a)</p> | <p>Observar se o paciente apresenta características de bem-estar físico, como por exemplo: - boa mobilidade física; - sente-se confortável; - respiração normal; - controle de fadiga;</p> | <p>1. Nenhum bem-estar físico. 2. Apresenta 1 a 2 características de bem-estar físico 3. Apresenta 3 a 4 características de bem-</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - apresentar apetite; - controle de náuseas vômitos; - qualidade do sono. | <p>estar físico</p> <p>4. Apresenta 5 a 6 características de bem-estar físico</p> <p>5. Apresenta 7 ou mais características de bem-estar físico.</p> |
| <p>Bem-estar psicológico (200803)</p> <p>Definição conceitual: Estado em que a pessoa está bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis (QUEROZ; NERI, 2005).</p> | <p>Observar se o paciente apresenta características de bem-estar psicológico, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atitudes positivas em relação a si próprio; - crescimento, desenvolvimento e autorrealização; - integração e resposta emocional; - autonomia e autodeterminação; - percepção apurada da realidade; - domínio ambiental e competência social. | <p>1. Não apresenta bem-estar psicológico.</p> <p>2. Apresenta 1 característica de bem-estar psicológico.</p> <p>3. Apresenta 2 características de bem-estar psicológico.</p> <p>4. Apresenta 3 características de bem-estar psicológico.</p> <p>5. Apresenta 4 ou mais características de bem-estar psicológico.</p> |
| <p>Apoio social da família (200806)</p> <p>Definição conceitual: Existe familiar, embora leigo, eu assumo a responsabilidade pelas necessidades físicas e emocionais do outro que está incapacitado de se cuidar (SANCHEZ, 2010).</p> | <p>Perguntar/observar ao paciente se a família proporciona apoio social caracterizado pelos exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - administração de sintomas e de conforto, com abordagens não farmacológicas; - busca de informação sobre a doença, tratamento, estratégias para resolução de problemas e recursos; - apoio emocional (afeto, companhia, aconselhamento, ajuda prática, ou auxílio financeiro); - apoio na orientação de problemas oferecendo cuidados diretos (higiene, alimentação); - apoio indiretamente (acompanhamento acatando que cabe à família a responsabilidade de cuidar dos seus membros). | <p>1. Não recebe apoio social da família.</p> <p>2. Recebe 1 tipo de apoio social da família.</p> <p>3. Recebe 2 tipos de apoio social da família.</p> <p>4. Recebe 3 tipos de apoio social da família.</p> <p>5. Recebe todo apoio social da família.</p> |
| <p>Capacidade de comunicar as necessidades (200812)</p> <p>Definição conceitual: Caracteriza-se pela capacidade do paciente em comunicar suas necessidades (MATEUS, 2008)</p> | <p>Observar se o paciente consegue e como comunica suas necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - físicas; - psicológicas; - espirituais; - ambientais; - de segurança. <p>Essa comunicação deve ser percebida, tanto a partir da</p> | <p>1. Nenhuma, não tem capacidade de comunicar as necessidades.</p> <p>2. Capacidade de comunicar 1 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fúrias de dor)</p> <p>3. Capacidade de</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>linguagem verbal quanto da não verbal e, dessa forma, compreender as necessidades reais do paciente. Observar sinais, gestos, movimentos, choro, gemido, fâcias, silêncio, linguagem própria que podem expressar mensagens.</p> | <p>comunicar 2 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fâcias de dor e solicita apoio psicológico)</p> <p>4. Capacidade de comunicar 3 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fâcias de dor, solicita apoio psicológico e pede melhoria de colchão)</p> <p>5. Capacidade de comunicar todas as necessidades.</p> |
| <p>RE Bem-Estar Pessoal (2002): <i>Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde</i></p> | | |
| <p>Relações sociais (200203) Definição conceitual: Caracteriza-se pela forma como o paciente se relaciona com a família, equipe e outros.</p> | <p>Observar/perguntar qual o grau de satisfação do paciente com as relações com familiares, equipe de saúde e outros.</p> | <p>1. Nenhuma satisfação, pois não tem bom relacionamento com todos.</p> <p>2. Pouca satisfação, pois NÃO tem bom relacionamento com a maioria das pessoas.</p> <p>3. Alguma satisfação, pois tem bom relacionamento com algumas pessoas.</p> <p>4. Muita satisfação, pois TEM bom relacionamento com a maioria das pessoas.</p> <p>5. Completa satisfação, pois tem bom relacionamento com todos.</p> |
| <p>RE Vontade de Viver (1206): <i>Desejo, determinação e esforço para sobreviver.</i></p> | | |
| <p>Expressão de determinação para viver/esperança (120601/120602) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente expressar determinação na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da</p> | <p>Observar no paciente as expressões de determinação para viver e de esperança, como, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quer realizar estratégias para manejo de sintomas; - aceita tratamento oferecido pela equipe; - apresenta pensamentos positivos sobre a vida; - faz planos prevendo vida após a alta; | <p>1 Nenhuma expressão de determinação para viver/esperança.</p> <p>2 Apresenta 1 expressão de determinação para viver/esperança.</p> <p>3 Apresenta 2 expressões de determinação para viver/esperança.</p> <p>4 Apresenta 3 a 4 expressões de</p> |

| | | |
|--|---|---|
| vida. (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000). | - aceita visitas dos familiares. | determinação para viver/esperança. 5 Apresenta 5 ou mais expressões de determinação para viver/esperança. |
| RE Satisfação do Cliente: Controle da Dor (3016): <i>Alcance da percepção positiva dos cuidados de enfermagem para aliviar a dor</i> | | |
| Nível da dor monitorado com regularidade (301602) Definição conceitual: Caracteriza-se pela regularidade com que a enfermagem monitora o nível de dor do paciente (BRASIL, 2001a). | Perguntar ao paciente qual seu grau de satisfação com a equipe de enfermagem no que diz respeito a regularidade (3 vezes ao dia) que monitora o nível de dor. <i>A enfermagem monitora a dor de manhã, de tarde e de noite?</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfeito, nenhuma monitoração ao dia. 2. Pouca satisfação. 3. Alguma satisfação. 4. Muita satisfação. 5. Completa satisfação. |
| Ações implementadas para aliviar e prevenir a dor/desconforto (301604/301605) Definição conceitual: Caracteriza-se por ações implementadas pela equipe de enfermagem para aliviar a dor/desconforto do paciente (BRASIL, 2001a). | Perguntar ao paciente qual grau de satisfação com as ações de enfermagem implementadas para aliviar e prevenir sua dor/desconforto como, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> - realiza avaliação da dor; - promove o repouso/sono adequados; - encoraja o paciente a discutir sua experiência de dor; - controla fatores ambientais capazes de influenciar no desconforto; - reduzi ou elimina os fatores que aumentem a dor; - respeita administração da medicação em intervalos fixos; - oferece medidas não farmacológicas; - oferece apoio psicológico; - envolve o cuidador ou família na definição e reajustamento do plano terapêutico; - notifica o médico se as medidas não forem bem sucedidas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfeito, ações não são implementadas. 2. Pouca satisfação com as ações que são implementadas. 3. Alguma satisfação com as ações que são implementadas. 4. Muita satisfação com as ações que são implementadas. 5. Completa satisfação com as ações que são implementadas. |

Fonte: Dados da pesquisa.

4.4.2 Estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado com três pacientes internados no NCP, que atenderam os critérios de inclusão, em outubro de 2013. Cada um dos pacientes recebeu duas avaliações, totalizando seis avaliações. Durante o estudo-piloto, as enfermeiras assistenciais do NCP também colaboraram com sugestões de leiaute e conteúdo do instrumento, facilitando a uniformização da avaliação clínica e possibilitando a composição do instrumento final (APÊNDICE B). Cabe ressaltar também que o RE *Satisfação do cliente: controle da dor* foi modificado, sendo excluído o indicador *Informações dadas sobre o alívio da dor*, pois estava contemplado em outro indicador do mesmo resultado. Os pacientes incluídos no estudo-piloto não foram incluídos na amostra final da pesquisa.

4.4.3 Segunda etapa: estudo longitudinal prospectivo

Previamente ao início da coleta de dados desta etapa, realizou-se a apresentação da pesquisa para as enfermeiras do NCP, a fim de explicar os objetivos da mesma e de conhecer a rotina da unidade onde a avaliação dos pacientes seria realizada.

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e lhes foi apresentado o processo de pesquisa, bem como solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira mensuração dos RE foi realizada no primeiro dia de internação, em até 24 horas após a determinação, pela enfermeira assistencial, do DE Dor Aguda ou Dor Crônica. Conforme já exposto, os pacientes foram incluídos no estudo pela pesquisadora, conforme critérios de inclusão pré-definidos, por meio de busca ativa. A partir do aceite do paciente em fazer parte da pesquisa, o mesmo era avaliado com instrumento construído em etapa anterior do estudo.

A verificação da aplicabilidade dos RE referentes aos DE em estudo foi por meio de avaliação diária individualizada pela enfermeira pesquisadora deste estudo que sempre era acompanhada por uma das quatro coletadoras, sendo elas, duas enfermeiras com experiência no cuidado paliativo, uma enfermeira com experiência no cuidado ao paciente oncológico e uma bolsista de iniciação científica, todas capacitadas previamente para a aplicação do instrumento, de forma a ser possível a análise de concordância interobservador.

A dupla de coletadoras avaliava o paciente simultaneamente, porém de maneira independente, cada uma com um instrumento (APÊNDICE C).

Cada paciente recebeu o acompanhamento sistemático durante um período mínimo de quatro e máximo de cinco dias ou até a alta hospitalar ou óbito, no período em que foi mantido os DE em estudo pelos enfermeiros assistenciais. Este período foi estipulado considerando-se a média de permanência do paciente no campo do estudo.

Os indicadores que compõem todos os RE foram avaliados por meio da escala Likert de cinco pontos, em que o número um correspondia ao pior escore e o cinco ao melhor escore. Em caso do indicador não se aplicar à situação do paciente avaliado, era registrada a situação “não se aplica”, justificando-a. A avaliação dos pacientes foi realizada com base nas definições operacionais e magnitudes construídas para cada indicador.

Cada avaliação teve duração em torno 20 minutos. No primeiro dia de avaliação também foram coletadas as características sociodemográficas e clínicas do paciente em prontuário, com a finalidade de caracterizar a amostra do estudo.

Após a coleta de dados dos pacientes referentes aos resultados da NOC, realizou-se um levantamento dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com Dor Aguda e Dor Crônica em cuidados paliativos, por meio de uma *Query* no sistema de prescrição de enfermagem informatizada. Os demais cuidados para outros diagnósticos não foram coletados.

Todos os dados coletados nesta etapa foram digitados em uma planilha do *Excel for Windows* e, posteriormente, analisados estatisticamente.

4.4.4 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada pelo pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18.0.

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos. Para comparar médias entre os avaliadores e entre os dias, foi utilizado o teste t-student para amostras pareadas. Na avaliação da concordância interobservadores foi aplicado o método de Bland-Altman. O nível de significância estatística utilizado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Esse método avalia a concordância entre duas variáveis e parte de uma visualização de um gráfico de dispersão entre a diferença das duas variáveis e a média das duas, onde é possível visualizar o viés (o quanto se afasta de zero) e o erro (a dispersão dos pontos das diferenças ao redor da média). (HIRAKATA; CAMEY, 2009).

O Test GEE foi utilizado para comparações entre os indicadores diariamente e o Test Post Hoc *Least Significance Difference* (LSD) para indicar a diferença entre os dias. O nível de significância estatística utilizado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

A análise dos cuidados de enfermagem foi realizada pela estatística descritiva.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, de forma a assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades, à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes (BRASIL, 2012).

Seguido esses preceitos, para a primeira etapa do estudo, a pesquisadora realizou um contato presencial com as chefias dos dois grupos de enfermeiros, a fim de apresentar o objetivo da investigação. A partir de então, foi realizado um convite aos enfermeiros para participarem da pesquisa, assim como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) foi assinado pelos participantes, concedendo a eles a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento, garantindo a privacidade e a confidencialidade das respostas, bem como o uso exclusivo destas para fins científicos.

Para a segunda etapa do estudo duas enfermeiras com prática clínica no cuidado paliativo, uma enfermeira com prática no cuidado ao paciente oncológico e uma bolsista de iniciação científica, foram convidados a participar da avaliação dos pacientes, assim como, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) que descreve os objetivos do estudo e a forma de coleta de dados, destacando a importância de participação nesta etapa. Foi concedido ao participante recusar a participação no estudo e/ou a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento, garantindo que não haver nenhum prejuízo profissional quanto à privacidade e à confidencialidade de seus registros, bem como o uso exclusivo destes para fins científicos.

Ainda nesta etapa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) foi fornecido aos pacientes ou familiares responsáveis, quando o paciente não apresentou condições de comunicação, assegurando ao indivíduo pesquisado que o uso das informações são exclusivamente para fins de pesquisa e o direito de desistir de participar do estudo a

qualquer momento e o seu anonimato. Somente participaram do estudo aqueles que assinaram o documento em duas vias, ficando uma com o pesquisado e outra com a pesquisadora.

Este projeto foi aprovado em Exame de Qualificação do Curso de Mestrado da UFRGS e pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS e foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisado Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (ANEXO C).

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados do presente estudo. Na primeira parte, apresenta-se os RE selecionados pela opinião dos enfermeiros especialistas. A segunda parte, refere-se à aplicabilidade desses resultados a pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos.

5.1 PARTE 1: OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS NA SELEÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (LIGAÇÃO NOC-NANDA-I)

5.1.1 Caracterização dos especialistas

Participaram desta etapa do estudo 13 enfermeiros especialistas, todos do sexo feminino, formados há um tempo mediano de 120 (96-186) meses, enquanto que o tempo mediano de atuação na oncologia foi de 72 (54-108) meses; sendo que 9 (69,2%) dos especialistas atuam de 5 a 10 anos em cuidados paliativos. Quanto à maior titulação dos participantes se observou o predomínio do título de especialista com 8 (61,5%) enfermeiros. A área de atuação prevalente foi na clínica assistencial com 7 (53,8%) enfermeiros.

No que se refere à participação dos enfermeiros em grupo de dor e/ou cuidados paliativos oncológico, 4 (30,8%) participam até 2 anos e 3 (23,1%) há mais de 4 anos. Quanto à participação em cursos/eventos/palestra referentes à temática da dor ou cuidados paliativos oncológico, 8 (61,5%) enfermeiros demonstraram participação desde que iniciaram na área oncológica.

Observou-se um número pequeno de publicações dos enfermeiros especialistas, sendo que 3 (23,1%) publicaram até 10 artigos, 1 (7,7%) é autor de pelo menos 2 capítulos de livros e apenas 2 (15,4%) são autores de até 10 trabalhos em anais de congressos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros especialistas (n=13). Porto Alegre/RS, 2014 (continua)

| Variáveis | n=13 |
|-------------------------------|--------------|
| Titulação† | |
| Doutor | 1 (7,7) |
| Mestre | 2 (15,4) |
| Especialista | 8 (61,5) |
| Graduado | 2 (15,4) |
| Tempo de formação (em meses)‡ | 120 (96-186) |

Tabela 1 – Caracterização da amostra de enfermeiros especialistas (n=13). Porto Alegre/RS, 2014 (conclusão)

| Variáveis | n=13 |
|---|-------------|
| Área de atuação† | |
| Clínica assistencial | 7 (53,8) |
| Coordenação de enfermagem | 4 (30,8) |
| Docência | 1 (7,7) |
| Pesquisa | 1 (7,7) |
| Especialidade de atuação† | |
| Oncologia | 8 (61,5) |
| Oncologia – Cuidado Paliativo | 4 (30,8) |
| Oncologia – Terapia Intensiva | 1 (7,7) |
| Tempo de atuação na Oncologia (em meses)‡ | 72 (54-108) |
| Tempo de atuação com pacientes em cuidado paliativo† | |
| 5 a 10 anos | 9 (69,2) |
| 1 a 4 anos | 4 (30,8) |
| Tempo de participação em grupo de dor ou cuidados paliativos† | |
| 4 anos ou mais | 3 (23,1) |
| 2 a 4 anos | 4 (30,8) |
| Até 2 anos | 2 (15,4) |
| Participação em cursos/eventos/palestra de dor ou cuidados paliativos | 8 (61,5%) |
| Publicação ou apresentação de trabalhos de dor ou cuidado paliativo† | |
| Artigos | |
| Até 10 | 3 (23,1) |
| Capítulo e/ou livros | |
| Até 10 | 1 (7,7) |
| Anais de congressos | |
| Até 10 | 2 (15,4) |

Fonte: Dados da pesquisa

† n (%); ‡ mediana (percentis 25-75)

5.1.2 Resultados de enfermagem selecionados pelos enfermeiros especialistas para a avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda e Dor Crônica para pacientes em cuidados paliativos

Os resultados da opinião dos enfermeiros especialistas apontaram quatro RE e 14 indicadores do nível sugeridos e, sete RE e 30 indicadores do nível adicionais associados aos DE Dor Aguda e Dor Crônica, os quais estão apresentados com seu respectivo código numérico, domínio e classe (Quadro 2).

Quadro 2 – Resultados e indicadores de enfermagem selecionados pelos especialistas para os DE Dor Aguda e Dor Crônica para a avaliação do paciente oncológico em cuidados paliativos. Porto Alegre, RS, 2013

| RESULTADOS SUGERIDOS – NOC | | |
|---|--|---|
| DE NANDA-I | RESULTADO NOC DOMÍNIO (D)/CLASSE(C) | INDICADORES |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (1605) Controle da dor D - Conhecimento e Comportamentos de Saúde C - Comportamento de Saúde | (160502) Reconhecimento do início da dor (160501) Descrição dos fatores causadores (160503) Uso de medidas preventivas (160504) Uso de medidas de alívio não analgésico (160505) Uso de analgésico conforme recomendação |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (2109) Nível de Desconforto D - Saúde Percebida C - Estado dos Sintomas | (210901) Dor (210906) Estresse |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (2102) Nível da Dor D - Saúde Percebida C - Estado dos Sintomas | (210201) Dor relatada (210204) Duração dos episódios de dor (210206) Expressões faciais de dor (210222) Agitação (210223) Irritabilidade (210212) Pressão Arterial |
| Dor Crônica | (1208) Nível de Depressão D - Saúde Psicossocial C- Bem-estar Psicológico | (120804) Concentração prejudicada |
| RESULTADOS ADICIONAIS ASSOCIADOS – NOC | | |
| DE NANDA-I | RESULTADO NOC DOMÍNIO (D)/CLASSE (C) | INDICADORES |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (2002) Bem-Estar Pessoal D - Saúde Percebida C - Saúde e Qualidade de Vida | (200203) Relações sociais |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (1843) Conhecimento: controle da dor D - Comportamentos de Saúde C - Conhecimento de Saúde | (184301) Causas e fatores colaboradores da dor (184302) Sinais e sintomas de dor (184303) Estratégias de controle da dor (184306) Uso correto da medicação prescrita (184318) Importância da obediência ao regime de medicamentos (184337) Estratégias de controle preventivo da dor |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (1608) Controle de sintomas D- Comportamentos de Saúde C- Comportamento de Saúde | (160801) Monitoração do início dos sintomas (160807) Uso de medidas de alívio dos sintomas |
| Dor Aguda | (2008) Estado de Conforto | (200801) Bem-estar físico |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| | D - Saúde Percebida C - Saúde e Qualidade de Vida | (200802) Controle de sintomas (200803) Bem-estar psicológico (200806) Apoio social da família (200812) Capacidade de comunicar as necessidades |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (3016) Satisfação do Cliente: Controle da Dor D - Saúde Percebida C - Satisfação com os cuidados | (301601) Controle da dor (301602) Nível da dor monitorado com regularidade (301604) Ações implementadas para aliviar a dor (301605) Ações implementadas para oferecer conforto (301610) Abordagens preventivas usadas no manejo da dor (301612) Informações dadas sobre alívio da dor (301613) Informações dadas sobre opções para o manejo da dor após a alta |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (3011) Satisfação do Cliente: Controle de Sintomas D - Saúde Percebida C - Satisfação com os cuidados | (301103) Duração dos sintomas identificados (301104) Investigação da causa dos sintomas (301105) Ações implementadas para prevenir os sintomas (301115) Cuidados para controle dos sintomas (301116) Cuidados para controle da dor (301109) Ações implementadas para oferecer conforto |
| Dor Crônica | (1206) Vontade de Viver D - Saúde Psicossocial C - Bem-estar Psicológico | (120601) Expressão de determinação para viver (120602) Expressão de esperança (120609) Uso de estratégias para melhorar a saúde |

Fonte: Dados da pesquisa

Os RE e os indicadores selecionados pelos enfermeiros especialistas foram analisados e avaliados individualmente, realizando-se um refinamento dos mesmos, conforme exposto na logística da primeira etapa do estudo. Para tanto, os pesquisadores consideraram as similaridades existentes entre eles, bem como as condições de aplicabilidade em ambiente hospitalar. Por exemplo, o RE *Nível de desconforto* foi excluído, pois está contemplado nos RE *Estado de Conforto* e *Nível de dor*. Alguns indicadores também foram excluídos, considerando-se esta mesma lógica. Por exemplo, no RE *Satisfação do Cliente: controle da dor*, foi excluído o indicador *Ações implementadas para oferecer conforto*, que se associou ao indicador *Ações implementadas para aliviar a dor*.

Da mesma forma, julgou-se adequado incluir o RE do nível sugerido *Sinais vitais*, pois o indicador *Pressão arterial* já havia sido selecionado no RE *Nível da dor*, todavia, julgou-se essencial também o indicador *Frequência respiratória*. Foram incluídos também RE *Sono*, sendo escolhido para avaliação o indicador *Qualidade do sono*.

Assim, após o refinamento final se apontaram três RE e dez indicadores sugeridos e cinco RE e nove indicadores adicionais associados (NOC), totalizando oito RE e 19 indicadores, todos com percentual mínimo de 75% na seleção dos especialistas (Quadro 3).

Quadro 3 – Resultados e indicadores de enfermagem selecionados após refinamento para avaliação do paciente oncológico em cuidado paliativos. Porto Alegre/2013

| DE NANDA-I | RESULTADOS SUGERIDOS DOMÍNIO (D)/CLASSE(C) | INDICADORES | % |
|-------------------------|--|---|---|
| Dor Aguda e Dor Crônica | (2102) Nível da Dor D - Saúde Percebida C - Estado dos Sintomas | (210201) Dor relatada | 100 |
| | | (210204) Duração dos episódios de dor | 77 |
| | | (210206) Expressões faciais de dor | 85 |
| | | (210222) Agitação | 85 |
| | | (210223) Irritabilidade | 77 |
| Dor Aguda | (0802) Sinais Vitais D - Saúde Fisiológica C - Regulação Metabólica | (080204) Frequência respiratória | 77 |
| | | (080205/080206) Pressão Arterial | 77 |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (1605) Controle da dor D - Conhecimento e Comportamentos de Saúde C - Comportamento de Saúde | (160502) Reconhecimento do início da dor | 92 |
| | | (160501) Descrição dos fatores causadores | 85 |
| | | (160504) Uso de medidas de alívio não analgésico | 85 |
| DE NANDA-I | RESULTADOS ADICIONAIS ASSOCIADOS | INDICADORES | % |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (0004) Sono D - Saúde Funcional C - Manutenção da Energia | (000404) Qualidade do sono | 77 |
| | | (2008) Estado de Conforto D - Saúde Percebida C - Saúde e Qualidade de Vida | (200801) Bem-estar físico 77 (200803) Bem-estar psicológico 77 (200806) Apoio social da família 77 (200812) Capacidade de comunicar as necessidades 77 |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (2002) Bem-Estar Pessoal D - Saúde Percebida C - Saúde e Qualidade de Vida | (200203) Relações sociais | 77 |

| | | | |
|-------------------------|---|--|----------|
| Dor Crônica | (1206) Vontade de Viver D - Saúde Psicossocial C - Bem-estar Psicológico | (120601/120602) Expressão de determinação para viver/esperança | 77 |
| Dor Aguda e Dor Crônica | (3016) Satisfação do Cliente: Controle da Dor D - Saúde Percebida C - Satisfação com os cuidados | (301602) Nível da dor monitorado com regularidade (301604/302605) Ações implementadas para aliviar e prevenir a dor/desconforto | 77 92 |

Fonte: Dados da pesquisa

Esses oito RE e os 19 indicadores selecionados compuseram um instrumento, que foi utilizado para avaliar a sua aplicabilidade clínica nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos com os DE Dor aguda ou Crônica no ambiente hospitalar. Para uniformidade na aplicação clínica dos mesmos foram criadas definições conceituais e operacionais para cada indicador referente aos RE NOC, incluindo a magnitude das âncoras de acordo com cada item da escala likert. Os resultados desta aplicação estão apresentados na sequência do estudo.

5.2 PARTE 2: APLICAÇÃO DOS RESULTADOS E INDICADORES NOC NO AMBIENTE CLÍNICO DO CUIDADO PALIATIVO

Treze pacientes oncológicos internados na unidade de cuidado paliativo e com os DE de Dor Aguda ou Crônica foram avaliados por pelo menos quatro dias consecutivos, totalizando 62 avaliações, realizadas em um período de quatro meses (novembro 2013 a fevereiro 2014). Durante o seguimento da pesquisa, 10 pacientes receberam cinco avaliações e três receberam quatro avaliações, entre os últimos um foi a óbito, outro teve alta e outro solicitou parar as avaliações no quarto dia.

5.2.1 Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (53,8%), com idade média de $56,0 \pm 18,2$ anos, brancos (69,2%), com escolaridade de nível primário (69,2%) e com renda familiar de dois salários mínimos (46,2%). Os motivos de internação prevalentes foram dispneia (38,5%), dor (23,1%) e hipertermia (23,1%); o sítio primário da doença foi em sua maioria as neoplasias digestivas (30,8%) e as metástases pulmonares as mais frequentes (23,1%). Todos os pacientes faziam uso de opióides e analgésicos anti-inflamatórios (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014

| Variáveis | n=13 |
|--|-------------|
| Idade, anos * | 56,0 ± 18,2 |
| Cor branca† | 9 (69,2) |
| Sexo, masculino† | 7 (53,8) |
| Escolaridade, primário† | 9 (69,2) |
| Reside com a família† | 13 (100) |
| Renda familiar, dois salários mínimos† | 6 (46,2) |
| Motivo da internação† | |
| Dispneia | 5 (38,5) |
| Dor | 3 (23,1) |
| Hipertermia | 3 (23,1) |
| Sangramento digestivo | 1 (7,7) |
| Diarréia | 1 (7,7) |
| Sítio primário da doença† | |
| Neoplasias digestiva | 4 (30,8) |
| Neoplasias renal | 2 (15,4) |
| Neoplasias linfática | 2 (15,4) |
| Neoplasias ginecológica | 2 (15,4) |
| Neoplasia de cabeça e pescoço | 1 (7,7) |
| Neoplasia sistema reprodutor | 1 (7,7) |
| Neoplasia respiratória | 1 (7,7) |
| Presença de metástase† | |
| Pulmonar | 3 (23,1) |
| Óssea | 2 (15,4) |
| Hepática | 1 (7,7) |
| Linfonodos axilares | 1 (7,7) |
| Sem informação | 6 (46,2) |
| Outro tratamento paliativo† | |
| Radioterapia | 3 (23,1) |
| Quimioterapia | 2 (15,4) |
| Outro | 1 (7,7) |
| Nenhum | 7 (53,8) |
| Medicações em uso† | |
| Opiodes | 13 (100) |
| Analgésicos anti-inflamatórios | 13 (100) |
| Adjuvantes | |
| Antidepressivo | 8 (61,5) |
| Anticonvulsivante | 5 (38,5) |
| Ansiolítico | 3 (23,1) |
| Corticóide | 3 (23,1) |
| Neuroléptico | 3 (23,1) |
| Agonista GABA | 1 (7,7) |

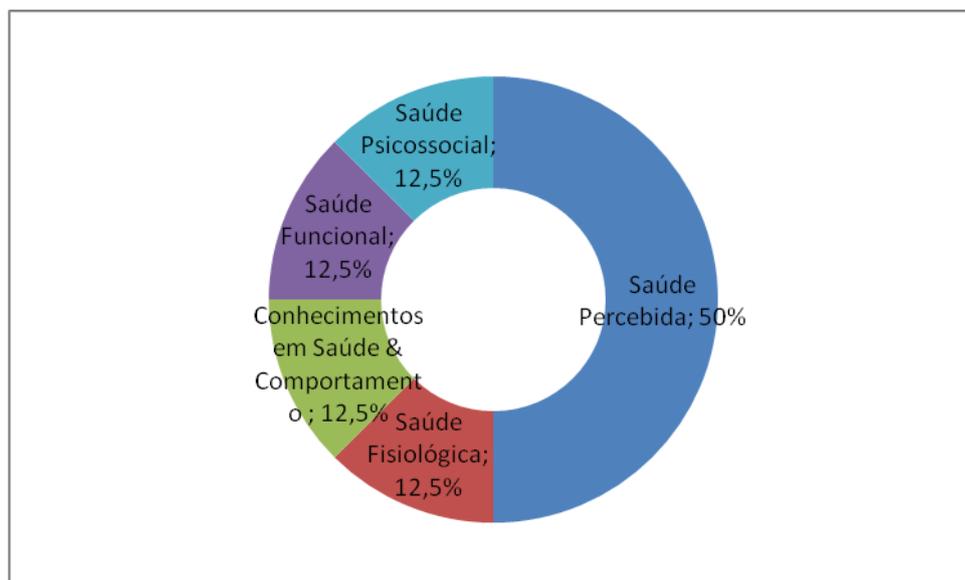
Fonte: Dados da pesquisa

*média ± desvio-padrão; † n (%)

5.2.2 Avaliação da Aplicabilidade dos Resultados de Enfermagem NOC

Os RE selecionados para avaliação estão em sua maioria no domínio Saúde Percebida (50%) nas classes *Estado dos Sintomas*, *Saúde e Qualidade de Vida* e *Satisfação com os cuidados*. Na sequência, localizam-se no domínio Saúde Funcional (12,5%), na classe *Manutenção da Energia*; no domínio Saúde Fisiológica (12,5%), na classe *Regulação Metabólica*; no domínio Saúde Psicossocial (12,5%), na classe *Bem-estar Psicológico* e, no domínio Conhecimentos em Saúde & Comportamento (12,5%), na classe *Comportamento em Saúde* (Figura 4).

Figura 4 – Resultados de enfermagem para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos e sua inserção nos domínios NOC. Porto Alegre/RS, 2014



Fonte: Dados da pesquisa

5.2.3 Média dos Resultados de Enfermagem NOC

A média de cada RE foi composta pela média dos seus indicadores, quando apresentava mais de um indicador, considerando-se cada uma das avaliações realizadas. Assim, inicia-se apresentando as médias dos RE e seus indicadores do domínio Saúde Percebida: *Nível da Dor*, *Estado de Conforto*, *Bem-Estar Pessoal* e *Satisfação do Cliente: controle da dor* (Tabela 3).

Tabela 3 - Médias dos quatro RE e seus indicadores, do domínio Saúde Percebida, para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos/ Indicadores | AV 1 (n=13) | AV 2 (n=13) | AV 3 (n=13) | AV 4 (n=13) | AV5 (n=10) | P |
|--|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------|
| Nível da Dor (2102) | 4,33 (0,20) | 4,37 (0,18) | 4,23 (0,17) | 4,15 (0,21) | 4,55 (0,18) | 0,361 |
| Dor relatada | 3,45 (0,47) ^a | 3,71 (0,40) ^{ab} | 3,30 (0,47) ^a | 3,58 (0,38) ^{ab} | 4,39 (0,31) ^b | 0,003 |
| Duração dos episódios de dor | 3,70 (0,38) ^{ab} | 3,50 (0,52) ^{ab} | 3,25 (0,43) ^a | 3,00 (0,44) ^a | 3,88 (0,51) ^b | 0,041 |
| Expressões faciais de dor | 4,00 (0,39) | 4,58 (0,20) | 4,27 (0,28) | 4,08 (0,40) | 4,35 (0,37) | 0,639 |
| Agitação | 4,92 (0,05) | 4,77 (0,16) | 4,62 (0,19) | 4,96 (0,04) | 4,95 (0,05) | 0,166 |
| Irritabilidade | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 4,92 (0,05) | 4,77 (0,09) | 4,95 (0,05) | 0,070 |
| Estado de Conforto (2008) | 3,91 (0,16) | 3,72 (0,17) | 3,79 (0,19) | 3,82 (0,18) | 3,89 (0,20) | 0,320 |
| Bem-estar físico | 3,00 (0,18) | 2,69 (0,21) | 2,96 (0,24) | 2,85 (0,23) | 2,75 (0,29) | 0,650 |
| Bem-estar psicológico | 3,75 (0,22) | 3,45 (0,23) | 3,75 (0,23) | 3,18 (0,34) | 3,56 (0,32) | 0,101 |
| Apoio social da família | 4,96 (0,03) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 0,298 |
| Capacidade de comunicar as necessidades | 4,08 (0,39) | 3,88 (0,39) | 3,73 (0,44) | 4,27 (0,34) | 4,35 (0,40) | 0,375 |
| Bem-Estar Pessoal (2002) | - | - | - | - | - | - |
| Relações sociais | 4,56 (0,21) ^a | 4,72 (0,14) ^{ab} | 4,81 (0,12) ^b | 4,69 (0,23) ^{ab} | 4,88 (0,08) ^b | 0,037 |
| Satisfação do Cliente: Controle da Dor (3016) | 4,94 (0,03) | 4,78 (0,21) | 5,00 (0,00) | 4,91 (0,06) | 4,88 (0,12) | 0,223 |
| Nível da dor monitorado com regularidade | 5,00 (0,00) | 4,78 (0,21) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 4,94 (0,06) | 0,355 |
| Ações implementadas para aliviar e prevenir a dor/desconforto | 4,89 (0,07) | 4,78 (0,21) | 5,00 (0,00) | 4,81 (0,12) | 4,81 (0,18) | 0,223 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Utilizado Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com valores expressos em média ± erro-padrão. a,b - letras iguais não diferem pelo teste LSD (*Least Significance Difference*) a 5% de significância.

As médias apresentadas pelos RE do Domínio *Saúde Percebida* indicaram diferença estatisticamente significativa no RE *Nível da Dor* nos indicadores *Dor relatada*, *Duração dos episódios de dor* e, no RE *Bem-Estar Pessoal* no indicador *Relações Sociais*.

Tabela 4 - Médias do RE Sono e seu indicador, do domínio Saúde Funcional, para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014.

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos/ Indicadores | AV 1 (n=13) | AV 2 (n=13) | AV 3 (n=13) | AV 4 (n=13) | AV 5 (n=10) | P |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|
| Sono (0004) | | | | | | |
| Qualidade do sono | 3,46 (0,25) | 3,33 (0,32) | 3,77 (0,28) | 3,73 (0,26) | 3,80 (0,28) | 0,654 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Utilizado Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com valores expressos em média ± erro-padrão.

O RE *Sono* não apresentou diferença estatisticamente significativa no indicador usado, quando comparadas as médias das avaliações.

Tabela 5 - Médias do RE Sinais vitais e seus indicadores, do domínio Saúde Fisiológica, para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014.

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos / Indicadores | AV 1 (n=13) | AV 2 (n=13) | AV 3 (n=13) | AV 4 (n=13) | AV 5 (n=10) | P |
|---|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| Sinais Vitais (0802) | 4,65 (0,19) | 4,77 (0,10) | 4,88 (0,06) | 4,77 (0,09) | 4,70 (0,19) | 0,583 |
| Frequência respiratória | 4,62 (0,25) ^{ab} | 4,77 (0,09) ^{ab} | 5,00 (0,00) ^b | 4,69 (0,13) ^a | 4,62 (0,27) ^{ab} | 0,023 |
| Pressão Arterial | 4,69 (0,17) | 4,77 (0,16) | 4,77 (0,12) | 4,85 (0,15) | 4,80 (0,13) | 0,949 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Utilizado Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com valores expressos em média ± erro-padrão.

a,b - letras iguais não diferem pelo teste LSD (*Least Significance Difference*) a 5% de significância.

O RE *Sinais Vitais* apresentou diferença estatisticamente significativa, quando comparadas as médias das avaliações no indicador *Frequência Respiratória*.

Tabela 6 - Médias do RE *Vontade de viver* e seu indicador, do domínio Saúde Psicossocial para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos / Indicadores | AV 1 (n=13) | AV 2 (n=13) | AV 3 (n=13) | AV 4 (n=13) | AV 5 (n=10) | P |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|
| Vontade de Viver (1206) | | | | | | |
| Expressão de determinação para viver/esperança | 4,22 (0,19) | 4,11 (0,20) | 4,00 (0,25) | 3,83 (0,36) | 4,06 (0,30) | 0,226 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Utilizado Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com valores expressos em média \pm erro-padrão. a,b - letras iguais não diferem pelo teste LSD (*Least Significance Difference*) a 5% de significância.

O RE *Vontade de Viver* não apresentou diferença estatisticamente significativa no escore do indicador usado, quando comparadas as médias das avaliações.

Tabela 7 - Médias do RE Controle da dor e seus indicadores, do domínio Comportamentos em Saúde & Comportamento, para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos / Indicadores | AV 1 (n=13) | AV 2 (n=13) | AV 3 (n=13) | AV 4 (n=13) | AV 5 (n=10) | P |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Controle da Dor (1605) | | | | | | |
| Reconhecimento do início da dor | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | 5,00 (0,00) | |
| Descrição dos fatores Causadores | 3,78 (0,12) ^{ab} | 3,67 (0,04) ^a | 3,74 (0,06) ^a | 3,54 (0,10) ^a | 4,12 (0,15) ^b | 0,017 |
| Uso de medidas de alívio não analgésico | 1,89 (0,18) | 1,67 (0,03) | 1,81 (0,10) | 1,67 (0,03) | 1,49 (0,15) | 0,253 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Utilizado Equação de Estimativas Generalizadas (GEE) com valores expressos em média \pm erro-padrão. a,b - letras iguais não diferem pelo teste LSD (*Least Significance Difference*) a 5% de significância.

Em relação às médias apresentadas no RE *Controle da Dor*, observa-se que houve diferença estatisticamente significativa apenas no indicador *Descrição dos fatores causadores* (p=0,017).

5.2.4 Concordância interobservadores na Avaliação Clínica diária dos Resultados de Enfermagem NOC para os Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica

Houve concordância entre as duplas de avaliadoras nas medidas dos RE *Nível de Dor*, *Estado de conforto*, *Bem-estar pessoal*, *Satisfação do cliente* e *Sono*. Observou-se diferença no RE *Controle da dor* ($p=0,03$) e no RE *Vontade de viver* ($p=0,01$). Esta diferença se deve a alta sensibilidade do teste t pareado utilizado; o método de Bland-Altman também foi utilizado.

O método de Bland-Altman também foi utilizado, sendo a concordância de no mínimo 88,9% em todos os resultados, o que indicaria uma ótima concordância entre os avaliadores. Se for verificado os parâmetros significativos pelo teste t, é possível observar que somente no resultado de *Vontade de Viver* as diferenças parecem ser clinicamente relevantes porque podem alcançar mais de 1 ponto de discordância ente os avaliadores.

Desta forma, é possível afirmar que a concordância entre os avaliadores foi boa, exceto para *Vontade de Viver*, em que os avaliadores encontram dificuldade na definição do escore, talvez porque esse RE envolve avaliação subjetiva do indicador *Expressão de determinação para viver/esperança*, que depende da condição do paciente.

Nessa definição operacional, em virtude da preservação do paciente, optou-se em utilizar esse indicador observado ao longo da avaliação, ou seja, através da conversa que se estabelecia com o paciente, definia-se sua expressão de determinação para viver.

Tabela 8 - Concordância interobservadores na avaliação dos RE para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014 (continua)

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos | n | AV1 | AV2 | Diferença (IC 95%) | P* | Bland-Altman |
|--|----|-------------|-------------|---------------------|-------|--------------------------------|
| | | | | | | Limites de 95% de concordância |
| Nível da Dor (2102) | 13 | 4,19 (0,53) | 4,19 (0,51) | 0,00 (-0,10 a 0,10) | 0,979 | -0,35 a 0,35 |
| Estado de Conforto (2008) | 13 | 3,77 (0,68) | 3,85 (0,58) | 0,08 (-0,09 a 0,26) | 0,318 | -0,66 a 0,49 |
| Bem-Estar Pessoal (2002) | 9 | 4,62 (0,49) | 4,71 (0,34) | 0,09 (-0,13 a 0,31) | 0,361 | -0,67 a 0,48 |
| Satisfação do Cliente: controle da dor (3016) | 9 | 4,91 (0,28) | 4,84 (0,36) | 0,07 (-0,02 a 0,15) | 0,095 | -0,15 a 0,29 |
| Controle da Dor (1605) | 11 | 3,56 (0,83) | 3,44 (0,79) | 0,12 (0,01 a 0,22) | 0,032 | -0,20 a 0,43 |

Tabela 8 - Concordância interobservadores na avaliação dos RE para pacientes oncológicos internados em cuidados paliativos. Porto Alegre/RS, 2014 (conclusão)

| Resultados de Enfermagem com códigos numéricos | n | AV1 | AV2 | Diferença (IC 95%) | P* | Bland-Altman |
|--|----|-------------|-------------|---------------------|-------|--------------------------------|
| | | | | | | Limites de 95% de concordância |
| Sono (0004) | 13 | 3,47 (0,77) | 3,65 (0,63) | 0,18 (-0,08 a 0,44) | 0,163 | -1,05 a 0,69 |
| Vontade de Viver (1206) | 10 | 3,63 (0,87) | 4,17 (0,95) | 0,54 (0,11 a 0,97) | 0,019 | -1,73 a 0,66 |

Fonte: Dados da pesquisa.

*test t pareado

5.2.5 Cuidados de Enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos com os Diagnósticos de Enfermagem Dor Aguda ou Dor Crônica

O sistema informatizado de Prescrição de Enfermagem do hospital campo de estudo contém um total de 52 cuidados de enfermagem para serem prescritos para o DE Dor Aguda, para quatro etiologias: trauma, alteração vascular, evolução da doença e agentes lesivos. Para o DE Dor Crônica existem 39 cuidados de enfermagem, para três etiologias: processo inflamatório, trauma tissular e evolução da doença.

Dentre os 52 cuidados de enfermagem disponíveis para o DE Dor Aguda, 10 (19,2%) foram prescritos para os pacientes com este DE. Dentre os 39 cuidados de enfermagem disponíveis para o DE Dor Crônica, 17 (43,6%) foram prescritos para os pacientes com este DE. Entre todos os cuidados prescritos, observou-se que 6 (6,6%) deles se repetiram em ambos os DE; portanto, houve 21 (23%) diferentes cuidados prescritos para os pacientes estudados. Quatro (4,3%) cuidados de enfermagem foram prescritos apenas para os pacientes com o DE Dor Aguda, enquanto que 11 (12%) cuidados de enfermagem foram prescritos apenas para o DE Dor Crônica.

Para os pacientes com o DE Dor Aguda, identificou-se as etiologias trauma e evolução da doença, e dentre os 10 cuidados de enfermagem prescritos destaca-se *Administrar analgesia após avaliação* (60%) (Quadro 4).

Quadro 4 - Frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos em ambiente hospitalar com DE Dor Aguda. Porto Alegre/RS, 2014

| Cuidados de Enfermagem prescritos | Dor Aguda (n=5) | | |
|---|---------------------------|---------------|----------------|
| | Etiologia | | Total n (%) |
| | Evolução da doença (3) | Trauma (2) | |
| Administrar analgesia após avaliação | 2 | 1 | 3 (60) |
| Avaliar dor utilizando escala de intensidade | - | 2 | 2 (40) |
| Comunicar sinais de dor | 1 | 1 | 2 (40) |
| Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos | 2 | - | 2 (40) |
| Investigar com paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento | 2 | - | 2 (40) |
| Auxiliar no banho de chuveiro | 1 | - | 1 (20) |
| Avaliar intensidade da dor | 1 | - | 1 (20) |
| Comunicar alterações durante a infusão de analgesia | - | 1 | 1 (20) |
| Manter repouso relativo | 1 | - | 1 (20) |
| Reavaliar a dor de 30 min a 1 hora após manejo | - | 1 | 1 (20) |

Fonte: Dados da pesquisa.

Para o DE Dor Crônica foram prescritos 17 cuidados de enfermagem, sendo *Registrar a dor como 5º sinal vital* um dos mais frequentemente utilizados (83,33%) (Quadro 5).

Quadro 5 - Frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos em cuidados paliativos em ambiente hospitalar com DE Dor Crônica. Porto Alegre/RS, 2014

| Cuidados de Enfermagem prescritos | Dor crônica (n=12) | |
|--|----------------------------|----------------|
| | Etiologia | |
| | Evolução da doença (12) | Total n (%) |
| Registrar a dor como 5º sinal vital | 10 | 10 (83,3) |
| Promover segurança e conforto | 5 | 5 (41,6) |
| Comunicar sinais de dor | 5 | 5 (41,6) |
| Administrar analgesia após avaliação | 4 | 4 (33,3) |
| Avaliar dor utilizando escala de intensidade | 4 | 4 (33,3) |

| | | |
|--|---|----------|
| Manter campainha ao alcance do paciente | 4 | 4 (33,3) |
| Medicar para dor antes dos procedimentos | 4 | 4 (33,3) |
| Verificar sinais vitais | 4 | 4 (33,3) |
| Avaliar intensidade da dor | 3 | 3 (25) |
| Manter repouso relativo | 2 | 2 (16,6) |
| Possibilitar que paciente verbalize seus sentimentos | 2 | 2 (16,6) |
| Investigar com paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, aplicação de calor ou frio, | 1 | 1 (8,3) |
| Manter repouso absoluto | 1 | 1 (8,3) |
| Orientar paciente/ família sobre: | 1 | 1 (8,3) |
| Proporcionar ambiente calmo e confortável | 1 | 1 (8,3) |
| Proporcionar posição confortável ao paciente | 1 | 1 (8,3) |
| Solicitar presença de familiar | 1 | 1 (8,3) |

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão discutidos inicialmente os resultados da primeira etapa que se refere à opinião dos especialistas sobre a seleção dos RE e indicadores NOC para a assistência hospitalar ao paciente oncológico em cuidados paliativos com DE Dor Aguda ou Crônica. Posteriormente, serão discutidos os resultados encontrados da aplicabilidade clínica dos RE NOC a esses pacientes. Para tanto, pautou-se a discussão nas questões norteadoras do estudo.

6.1 QUAIS SÃO OS RESULTADOS E INDICADORES DE ENFERMAGEM QUE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS JULGAM PRIORITÁRIOS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS?

Coube aos enfermeiros especialistas selecionar os RE, segundo a NOC, para avaliar os DE Dor Aguda e Dor Crônica, considerando a especificidade do cuidado ao paciente em cuidados paliativos em ambiente hospitalar. Essa seleção foi de fundamental importância para o alcance dos objetivos deste estudo, para tanto os critérios foram definidos na busca de profissionais com experiência prática na clínica assistencial em duas diferentes instituições hospitalares de Porto Alegre, conhecidas por sua excelência no cuidado à saúde, no ensino e na pesquisa. Os especialistas apresentaram um tempo mediano de formação de 120 meses e um tempo mediano de 72 meses de atuação na oncologia, de onde se depreende seu conhecimento clínico sobre os cuidados aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

A seleção dos RE NOC foi necessária devido aos diversos resultados e indicadores de enfermagem propostos pela NOC, sendo preciso destacar os mais apropriados a cada situação clínica. Desta forma, foram selecionados os RE considerados importantes para avaliação da população estudada, levando-se em consideração a especificidade do seu cuidado na prática clínica da enfermagem, a exemplo de outros estudos (SILVA, 2013; AZZOLIN et al., 2011; LUCENA et al., 2012; BAVARESCO, LUCENA, 2012).

Assim, os especialistas selecionaram três RE e dez indicadores sugeridos (NOC) e cinco RE e nove indicadores adicionais associados (NOC), totalizando oito RE e 19 indicadores importantes para a avaliação do paciente oncológico em cuidados paliativos com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica. Esses RE e indicadores compuseram o instrumento que foi aplicado aos pacientes oncológicos internados em uma unidade de cuidados paliativos na sequência do estudo.

Entre os oito RE selecionados, a maioria está no domínio Saúde Percebida, que contém resultados que descrevem impressões sobre a saúde e assistência de saúde individuais, sendo eles: *Nível da Dor, Estado de Conforto, Bem-Estar Pessoal e Satisfação do Cliente: controle da dor* (MOORHEAD et al., 2010). Esses RE incluem indicadores importantes na avaliação de enfermagem ao paciente oncológico, como os de relatos de dor, duração dos episódios de dor, expressões faciais de dor, satisfação do paciente com o controle da dor, percepção de suas relações, bem-estar físico e capacidade de comunicar necessidades, ou seja, comportamentos e impressões dos pacientes que podem ser observados na presença de dor (BIASI et al., 2011). Achados semelhantes também estão em estudo que realizou validação de conteúdo dos RE NOC para o DE Dor Aguda em pacientes adultos internados em unidades clínica, cirúrgica e de terapia intensiva, em que foram validados como principais os RE Nível da dor, Controle da dor, Nível de conforto (LUCENA et al., 2013).

É importante ressaltar que alguns indicadores desses RE, como Apoio social da família, Nível da dor monitorado com regularidade e Ações implementadas para aliviar e prevenir a dor/desconforto foram avaliados sempre com escores elevados, demonstrando a satisfação dos pacientes quanto a estes fatores no tratamento da sua dor.

Para a avaliação de outros aspectos fisiológicos foram selecionados o RE *Sono*, do domínio Saúde funcional, que descreve a capacidade para o desempenho em tarefas básicas da vida e o RE *Sinais Vitais*, do domínio Saúde fisiológica, que descreve o funcionamento orgânico (MOORHEAD et al., 2010). Avaliar a dor do paciente oncológico é tarefa complexa e de certa forma subjetiva; todavia, há sinais que podem ser indícios da sua presença como a alteração da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, assim como as alterações na qualidade do sono. A literatura aponta que as alterações do padrão do sono são frequentes em doentes com câncer que apresentam dor, mas a diminuição da sua intensidade pode contribuir para a melhora da qualidade do seu sono (BIASI et al., 2011; STEPANSKI; WALKER; SCHWARTZBERG, 2009).

Para a avaliação do aspecto psicológico, foi selecionado o RE *Vontade de Viver*, do domínio Saúde Psicossocial, que descreve o funcionamento psicológico e social (MOORHEAD et al., 2010). Há estudos que demonstram que os doentes com dor apresentaram maiores índices de depressão, o que pode interferir diretamente na determinação para viver, por isso, é fundamental a busca do alívio da dor, bem como reconhecer e avaliar o desejo e o esforço dos pacientes para viver (WANG et al., 2012; PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000).

O RE *Controle da Dor*, do domínio Comportamentos de Saúde, que inclui atitudes, compreensão e ações relacionadas à saúde e a doenças, refere-se às ações do paciente para o controle da dor, por meio da percepção de sua condição de saúde (MOORHEAD et al., 2013). Este RE inclui indicadores importantes para o profissional de enfermagem que, considerando aspectos individuais do cliente, busca junto com ele medidas adequadas para promover o controle de sua dor (SILVA, 2013).

Fazendo-se uma análise comparativa dos RE selecionados pelas especialistas deste estudo e os listados como Essenciais para as Áreas de Especialidade em Enfermagem, em um dos capítulos da NOC, verificou-se que oito dos RE são semelhantes aos descritos na área de Enfermagem em Oncologia e quatro RE na área de Casa de Repouso e Paliativos. Desta forma, pensa-se que se tomássemos como base os RE por especialidade ao invés de ter utilizado o capítulo da ligações entre NOC-NANDA-I, ter-se-ia encontrado resultados semelhantes.

Assim, os achados dessa primeira etapa da investigação apontaram a seleção dos principais elementos para avaliar a dor oncológica, com um conjunto de RE e indicadores para aplicação no cenário de cuidado paliativo ao paciente oncológico com os DE Dor Aguda ou Dor Crônica, o que pode auxiliar a sistematizar e qualificar a avaliação e o acompanhamento do paciente. Embora, esses achados não devam ser vistos como a única opção para a avaliação e o cuidado, uma vez que o enfermeiro deve estar baseado no seu julgamento clínico, considerando suas necessidades e especificidades do paciente no ambiente clínico real (AZZOLIN, 2011).

6.2 QUAIS SÃO OS RESULTADOS E INDICADORES NOC APLICÁVEIS NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA OU DOR CRÔNICA? A PONTUAÇÃO MÉDIA DOS INDICADORES PERMITE VERIFICAR A EVOLUÇÃO DOS PACIENTES?

Este é o primeiro estudo brasileiro realizado em ambiente clínico real que objetiva verificar a aplicabilidade clínica dos resultados propostos pela NOC para os DEs Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Para tanto, utilizou-se oito RE contidos nos domínios Saúde Funcional (I), Saúde Fisiológica (II), Saúde Psicossocial (III), Saúde Percebida (V), Comportamentos em Saúde & Comportamento (IV) (MOORHEAD et

al., 2010) em um instrumento aplicado a 13 pacientes por pelo menos quatro dias consecutivos, com um total de 62 avaliações.

Assim, dentre os oito RE e 19 indicadores aplicados, verificou-se que o RE *Nível de dor* não demonstrou diferença estatisticamente significativa nos escores ($p=0,361$) quando comparadas as médias das avaliações pelos indicadores *Expressões faciais de dor*, *Agitação e Irritabilidade*. Todavia, esses indicadores, independente da condição do paciente, puderam ser observados e avaliados sem necessitar do relato do paciente, o que é fator relevante a esses pacientes que, muitas vezes, possuem dificuldade para expressar o que estão sentindo.

De forma diferente, os indicadores *Dor Relatada* ($p<0,003$) e a *Duração dos episódios de dor* apresentaram diferença estatística significativa ($p<0,041$) quando consideradas as diferentes avaliações, demonstrando que o relato do paciente é muito importante e que houve melhora relevante ao longo das quatro avaliações realizadas.

A mensuração da dor, diferente da avaliação da dor, indica apenas a intensidade dela com um número ou valor, sem qualificá-la (BIASI et al.,2011). Todavia, pesquisa que descreveu as impressões dos enfermeiros sobre o uso de uma escala visual analógica de avaliação da dor em adultos resultou na unanimidade dos sujeitos em considerar a relevância de avaliar a intensidade da dor no paciente, através do uso de escala de mensuração. Embora a dor tenha sido considerada por todos como uma experiência subjetiva, o que dificulta a sua aferição, concluíram ser necessário avaliá-la regularmente (BOTTEGA, FONTANA, 2010).

Apesar da importância do indicador *Dor Relatada*, que teve sua avaliação baseada no relato do paciente sobre a sua dor, é importante dizer que alguns deles, criticamente doentes, demonstraram incapacidade de relatar a dor em alguns dias, o que ressalta a importância de outros indicadores associados. Estudo canadense que examinou descritores utilizados por enfermeiros em duas unidades de terapia intensiva para documentar a presença da dor para pacientes criticamente doentes incapazes de autorrelato, com dados extraídos pela revisão de prontuários e guiados por descritores comportamentais compilados a partir de ferramentas de avaliação comportamental da dor existentes, conclui que a documentação era inconsistente, podendo gerar confusão na análise dos dados. Afirma também, que se faz necessário um léxico de descritores com medidas válidas e confiáveis para avaliação da dor a esses pacientes criticamente incapazes de autorrelato, pois assim, poderiam melhorar a documentação, diminuindo incertezas de decisão e facilitando a gestão da analgesia (HASLAM et al., 2011).

Assim, por vezes, esse indicador não pode ser aplicado isoladamente, havendo necessidade de buscar outros indicadores que possam demonstrar o sofrimento pela dor no paciente oncológico em cuidado paliativo, como os usados no presente estudo.

Em relação à melhora na pontuação do indicador *Dor Relatada*, pode-se inferir que houve efetividade do tratamento e dos cuidados de enfermagem implementados aos pacientes pela equipe de enfermagem. Para tanto, foram prescritos cuidados relacionados, principalmente, à intervenção NIC Controle da DOR (BULECHEK et al., 2013), que inclui cuidados de monitoramento, conforto e de administração de terapia analgésica prescrita.

A terapia analgésica consistiu do uso de opioides em 100% dos pacientes e, apesar de poder representar um limitador pelos seus efeitos deletérios na função cognitiva é indicado quando o paciente apresenta dor moderada na Escada Analgésica da OMS (RANGEL; TELLES, 2012).

No indicador *Duração dos episódios de dor* apesar de se observar diferença significativa nas médias, com melhora na intensidade, a dor ainda permanecia. Esse RE está relacionado, principalmente, à experiência da dor crônica nos pacientes oncológicos em que a evolução da doença, muitas vezes, impede o alívio total da dor (RANGEL; TELLES, 2012).

Ao encontro disso, estudo que avaliou a dor em pacientes oncológicos que estavam ou estiveram em tratamento quimioterápico discute que a sensação de dor constante está presente no paciente oncológico e apresenta como consequência a perda de energia, associada à ansiedade e a sintomas depressivos, o que também prejudica as funções cognitivas (COSTA; CHAVES, 2012).

Os indicadores *Expressões faciais de dor, Agitação e Irritabilidade* podem ser observados pelo enfermeiro, pois independem do relato do paciente. Todavia, eles não apresentaram diferença estatisticamente significativa nas médias das diferentes avaliações. Observa-se que os escores se mantiveram na magnitude de leve a nenhum sinal apresentado, com uma discreta melhora no quinto dia.

Os pacientes em cuidados paliativos avaliados nesse estudo apresentavam quadro de doença grave, o que remete a um estado de fadiga, prostração, além dos efeitos de sonolência provocados pelos medicamentos analgésicos como os opioides. Um estudo que procurou conhecer, através de três escalas, a prevalência e a adequada avaliação de sintomas em pacientes paliativos em fase terminal demonstrou resultados parecidos com os descritos anteriormente, com presença de anorexia, fadiga, diminuição de bem-estar e dor (DE LA CRUZ et al., 2014).

Em relação ao RE *Estado de conforto* não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos indicadores aplicados, mantendo-se com médias entre 3,72 e 3,91, ou seja, moderadamente comprometido. O indicador *Bem estar-físico* ($p=0,650$), que apresentou piora nas médias, mesmo que não estatisticamente significativas, está relacionado

às questões de mobilidade física, conforto e padrão respiratório alterados, fadiga, inapetência, náuseas e vômitos, que são de difícil manejo em fases terminais e comprometem a condição física do paciente com instabilidade na sua melhora ou piora (BRASIL, 2001a).

Os indicadores *de Bem-estar psicológico* ($p=0,101$) e *Apoio social* ($p=0,298$) também são importantes na avaliação da condição psicossocial associada à doença, porém nos pacientes avaliados não se verificou diferença estatisticamente significativa entre as médias dos diferentes dias, que se mantiveram em torno de 3,18 e 3,75 (moderadamente comprometido) e, 4,96 e 5,0 (não comprometido), respectivamente para cada um dos indicadores. Nota-se que apesar do paciente estar abalado psicologicamente ele se sente apoiado. Isso pode se dar por, apesar da consciência da progressão da doença, haver suporte social e psicológico familiar aos pacientes nessa unidade de cuidado. Situação semelhante foi descrita em estudo com jovens adultos com dor, onde se verificou que níveis mais elevados de apoio social estão associados a uma melhor qualidade de vida, melhor condição psicológica e melhora da dor (TREVINO et al., 2013).

O indicador *Capacidade de comunicar as necessidades* ($p=0,035$), apesar de não ter alteração estatisticamente significativa, apresentou discreta melhora nas médias das avaliações. A comunicação é intrínseca ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. No âmbito da enfermagem, a comunicação representa uma estratégia importante para a prática dos cuidados paliativos, pois quando adequada, é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado, uma vez que permite reconhecer e acolher empaticamente, as necessidades do paciente e de seus familiares (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Estudo atual averiguou como os enfermeiros utilizam a comunicação no âmbito dos cuidados paliativos ao assistir o paciente em fase terminal. Constatou que os enfermeiros demonstram nitidamente a preocupação em atender as necessidades dos pacientes por meio da comunicação verbal e não verbal, com destaque para a importância do olhar, do toque, do carinho e do conforto, inseridos no universo do modo não verbal de se comunicar, na relação direta com o paciente terminal (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Em relação aos RE que avaliaram a satisfação dos pacientes houve diferença estatisticamente significativa nos escores do indicador *Relações sociais* ($p=0,037$). Os pacientes apresentam desde a primeira avaliação satisfação em suas relações sociais, com melhora das médias até a última avaliação. É importante salientar que os pacientes deste estudo foram avaliados em um núcleo para internação de pacientes fora de possibilidade terapêutica, que possui práticas do cuidado paliativo com o objetivo de aumentar a qualidade

de vida dos mesmos, incluindo suas famílias. Assim, o cuidado à dor inclui diferentes aspectos (problemas físicos, psicossociais e espirituais) que acometem essas pessoas. Nesta unidade há um comprometimento com a filosofia dos cuidados paliativos, que inclui conhecer as necessidades e os sentimentos dos pacientes e de suas famílias, com uma equipe preparada e conhecedora deste contexto (KRUSE et al., 2007).

Isto se reflete diretamente no indicador *Relações sociais*, que também pode ser analisado considerando-se os cuidados de enfermagem prescritos, como os que evidenciam o estímulo à presença de familiar e a orientação de pacientes e familiares de maneira constante, demonstrando a existência de um ambiente calmo e confortável, em que se busca o resgate de relações familiares para esse paciente que, mesmo em condições de sofrimento, obtém a satisfação por relacionar-se bem com as pessoas com quem interage.

Ao encontro dessa ideia, estudo que buscou compreender, fenomenologicamente, como se estabelecem as relações interpessoais nas ações de cuidado à criança em ambiente tecnológico hospitalar, identificou que os profissionais de saúde percebem que para cuidar é necessário muito mais do que a realização de atividades técnicas, vinculando a presença de sentimentos humanos nas suas ações (CUNHA et al., 2008).

O RE *Satisfação do Cliente: controle da dor* com seus indicadores *Nível de dor monitorado com regularidade* ($p=0,355$) e *Ações implementadas para aliviar a dor/desconforto* ($p=0,223$) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as médias das diferentes avaliações, mas demonstraram que os pacientes estavam completamente satisfeitos, uma vez que apresentaram médias elevadas (entre 4,78 a 5,0) em todo o período avaliado.

A satisfação com a assistência farmacêutica prestada foi testada em pacientes oncológicos em cuidados paliativos e, apesar da constatação de que nesta condição tenham em média de 7 a 11 sintomas a serem controlados, pode-se avaliar o controle da dor. Todavia, há necessidade de esclarecimentos sobre o tratamento da mesma junto aos pacientes, que em sua maioria têm baixo índice de escolaridade (BARBOSA, 2011).

Na presente investigação, o nível de escolaridade dos pacientes também é baixo, o que demonstra a necessidade de esclarecimentos sobre o tratamento com linguagem adequada e compreensível. Verifica-se que dentre os cuidados de enfermagem prescritos existe preocupação do enfermeiro em orientar tanto o paciente quanto sua família desde a internação até a alta ou óbito, incluindo as medidas para controle da dor, o que proporciona a satisfação do paciente e facilita o controle dos sintomas e promove o conforto.

O RE *Sono* ($p=0,654$) foi outro que não demonstrou diferença estatisticamente significativa, mantendo as médias com escores baixos e somente com discreta melhora no quinto dia da avaliação (entre 3,33 a 3,80), possivelmente pelo controle da dor e também pelo uso de medicamentos que auxiliam no sono, como os opioides e antidepressivos (MINSON et al., 2012).

Esse achado demonstra que os pacientes apresentaram a qualidade do sono moderadamente comprometida, o que tem sido relatado em outros estudos, como os desenvolvidos com 92 pacientes oncológicos, em que as alterações do sono são comuns à síndrome depressiva ao câncer, apresentando-se com frequência no grupo de doentes com dor (PIMENTA et al., 2000), e o que avaliou a relação entre a insônia, fadiga, sonolência, depressão e dor em uma coorte de pacientes com câncer, que concluiu que a dor altera diretamente a qualidade do sono (STEPANSKI; WALKER; SCHWARTZBERG, 2009).

Os indicadores avaliados no RE *Sinais vitais*, como *Frequência respiratória* (FR) e *Pressão arterial* (PA) são considerados elementos importantes na avaliação de dor, que pode provocar alteração dos mesmos (BIASI et al., 2011). Embora o indicador PA não tenha apresentado diferença significativa ($p=0,949$) nas médias das avaliações, a FR apresentou essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$), com instabilidade nas médias das avaliações, demonstrando melhora no terceiro dia e piora no quinto dia.

Apesar da avaliação da dor do paciente oncológico ser tarefa árdua, subjetiva e singular, sabe-se que existem sinais e indícios que podem auxiliar como a alteração da pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória (BIASI, 2011). Entretanto, a dor crônica, DE predominante neste estudo, é mais difícil de ser controlada, fazendo com que o paciente tenha que conviver com ela em algum nível e com as limitações por ela trazidas (MICIELI, 2002). Isto pode implicar na estabilidade dos sinais vitais, que variam muito mais frequentemente na presença da dor aguda.

Corroborando com esse dado, uma pesquisa que buscou identificar repercussões orgânicas, emocionais e psíquicas prevalentes em pacientes com dor aguda e dor crônica, por meio de uma revisão narrativa da literatura, identificou que as principais repercussões oriundas da dor aguda estão associadas com alterações neurovegetativas, como a taquicardia e o aumento da PA; sendo que a dor crônica não está relacionada com a permanência ou aparecimento de alterações neurovegetativas (sinais de alerta) (SALLUM et al., 2012).

O RE *Vontade de viver* ($p=0,226$) não apresentou diferença estatisticamente significativa, com pouca variação na pontuação (entre 3,83 a 4,22), ou seja, de moderadamente comprometido a levemente comprometido. Apesar da maioria dos pacientes

apresentar, por vezes, prostração e desânimo, demonstraram esperança e aceitação das estratégias oferecidas pela equipe para manejo de sintomas, além de aceitarem visitas dos familiares e amigos. Entretanto, ressalta-se que a avaliação deste RE inclui os comportamentos apresentados pelo paciente e que, apesar de ter como guia a definição conceitual e operacional, a percepção do mesmo pelos avaliadores apresentou diferença, dado o seu caráter subjetivo.

A literatura mostra que esses pacientes, mesmo em condições de terminalidade e sofrimento, ainda podem demonstrar esperança, vontade de viver, disposição em conviver com a família e em realizar tratamento paliativo. Estudo que examinou a associação entre intervenções de cuidados de apoio e depressão pelo autorrelato do paciente com câncer avançado, concluiu melhora de mais de 50% dos pacientes após as intervenções de suporte psicológico (RHONDALI et al., 2014).

Assim, os dados do presente estudo são corroborados pela literatura, pois há grande preocupação na unidade campo desta investigação de que os pacientes tenham um suporte psicológico, apoio da família e terapia antidepressiva. Essa forma de cuidar traz ao paciente, mesmo consciente de sua condição de terminalidade, a vontade de viver e a esperança em ter uma melhor qualidade vida até sua morte.

O RE *Controle da dor* ($p=0,095$) não apresentou diferença significativa na variação das médias, mantendo-se como moderadamente comprometido. Todavia, dentre os seus indicadores houve essa diferença na *Descrição dos fatores causadores* ($p=0,017$), que demonstrou melhora significativa no quinto dia. A maioria dos pacientes conseguiu descrever os fatores causadores da dor, principalmente pelo acompanhamento sistemático da enfermagem com cuidados, informações, orientações e esclarecimento sobre a doença e sua progressão, fazendo com que o paciente compreendesse o que estava acontecendo ao longo da internação.

O indicador *Reconhecimento do início da dor* não apresentou valor de “p”, pois teve seus resultados no escore “constantemente demonstrado” em todas as avaliações, uma vez que todos os pacientes deste estudo, sempre que tinham condições de relatar, demonstravam a percepção do início da dor e da sua localização. O *Uso de medidas de alívio não analgésico* ($p=0,023$) se manteve estável, porém com escores baixos (1,49 a 1,89), o que demonstra que os pacientes desse estudo pouco fizeram uso de outras medidas, que não o de medicamentos para controlar a dor.

Respeitando os princípios éticos de autonomia, é fundamental o envolvimento da pessoa no controle da dor, que desta forma está inserida nas práticas da enfermagem na

assistência de paciente em cuidados paliativos: ensinar acerca da dor e das medidas de controle; instruir e treinar para o autocontrole na utilização de estratégias, ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica; instruir sobre as medidas de controle dos efeitos colaterais dos opioides; ensinar sobre os mitos que dificultam o controle da dor; instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica, ou seja, oferecer informações reforçando o ensino e favorecendo a convivência do paciente com a doença e o controle de sintomas para melhorar a qualidade de vida (MATEUS, 2008).

Os escores baixos no *Uso de medidas de alívio não analgésico* pode ser pelo fato de que as medidas de alívio de dor não farmacológicas não são uma prática comum na unidade de internação em estudo, salvo pelo fato de que o não movimentar-se seja uma medida adotada pela maioria dos pacientes. Todavia, estudos concluíram que medidas não farmacológicas associadas ao tratamento convencional possibilitam benefícios com melhor resposta analgésica, mesmo que ainda pouco utilizadas, cabendo à equipe que cuida do paciente implementá-las para melhor desenvolver o cuidado (ABREU et al., 2009; PILATTO, 2011).

Diante do exposto, verifica-se aplicabilidade dos RE selecionados para este estudo, pois com eles foi possível avaliar a presença, a melhora e a piora da dor oncológica em pacientes internados em cuidados paliativos, pois variabilidade nos escores dos seus indicadores permitiu visualizar não só o estado do paciente, mas também o impacto dos cuidados implementados, bem como a necessidade de, em alguns casos, propor novas condutas na busca de melhores resultados no controle da dor no cenário do cuidado paliativo.

6.3 QUAIS OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOR AGUDA E DOR CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS?

Os cuidados identificados nas prescrições de enfermagem dos pacientes em estudo são principalmente relacionados à avaliação da intensidade da dor, o alívio e o controle da mesma, o conforto e higiene do paciente e a atenção à família. Verificou-se que foram utilizados 23% dos cuidados existentes no sistema de prescrição de enfermagem do hospital campo de estudo, o que talvez possa ser otimizado com o uso de outros cuidados de maneira a dar respostas a algumas necessidades dos pacientes ainda não atendidas, como por exemplo, o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como aplicação de calor ou frio ou

técnicas de relaxamento. Conforme visto pela avaliação do indicador *Uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor*, as médias do mesmo foram as mais baixas nas avaliações, indicando ser de nunca a raramente demonstrado.

Os cuidados como *Registrar a dor como 5º sinal vital*, *Promover segurança e conforto*, *Comunicar sinais de dor*, *Administrar analgesia após a avaliação*, *Avaliar dor utilizando escala de intensidade*, *Manter campanha ao alcance do paciente*, *Medicar antes dos procedimentos*, *Verificar sinais vitais* foram os que apresentaram maior frequência de prescrições. Desta forma, corroboram-se com os resultados obtidos nas avaliações dos pacientes que demonstram a melhora da dor relatada e da duração dos episódios de dor, pois são cuidados ligados diretamente ao controle da dor.

Também se identificou cuidados prescritos para proporcionar conforto ao paciente, com ambiente tranquilo e presença da família. Estes cuidados remetem ao RE *Bem-estar social*, na aplicação do indicador *Relações sociais*, que demonstrou melhora sensível ao longo das avaliações realizadas, corroborando a importância do cuidado paliativo tratar a dor total do paciente e não somente a física.

Estes cuidados prescritos pelos enfermeiros aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos com DE Dor Aguda ou Crônica também são descritos na taxonomia NIC, que apresenta intervenções formadas por um conjunto de atividades (BULECHEK et al., 2013).

Os cuidados mais frequentes identificados apresentam similaridade com as intervenções NIC para a Área de Especialidade de Enfermagem Oncológica, Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Os cuidados de enfermagem *Registrar a dor como 5º sinal vital*, *Comunicar sinais de dor*, *Promover conforto e segurança* puderam ser identificados nas atividades que compõe as intervenções NIC *Controle do Ambiente: conforto*, *Controle da Dor* (BULECHEK et al., 2013).

Em dois estudos semelhantes realizados por enfermeiros da Tailândia e da Coreia do Sul, que buscaram descrever as intervenções mais importantes para paciente em cuidado paliativo na promoção da morte digna, como uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), apontaram as intervenções de enfermagem mais importantes para promover a morte digna são Manter a dignidade e privacidade, Estabelecer a confiança, Controlar a dor, Estabelecer harmonia e Gerenciar dispneia. Estes estudos também trouxeram uma validação de conteúdo, corroborando a importância da intervenção referente ao controle da dor (DOORENBOS et al., 2013; JO et al., 2011).

Apesar dessas evidências, salienta-se que ainda existem poucos estudos clínicos que testem as intervenções, de forma a demonstrar a contribuição da enfermagem na efetividade do cuidado ao paciente.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações deste estudo destaca-se primeiramente a dificuldade dos especialistas em opinar sobre um número elevado de RE, com muitas possibilidades e semelhanças entre seus indicadores, o que levou à necessidade de um refinamento para seu uso na elaboração do instrumento aplicado aos pacientes na segunda etapa da investigação.

Sobre as limitações da aplicabilidade clínica da NOC, destacam-se dois pontos. Primeiramente, a dificuldade da mesma não apresentar definições operacionais e assim, cada pesquisador ter que elaborar as suas e desta forma, dar margem a diferentes interpretações. Em segundo lugar aponta-se a dificuldade na coleta de dados, que usou um instrumento relativamente longo para pacientes em cuidados paliativos, visto que devido a sua condição de saúde e de tratamento medicamentoso, por vezes não conseguiam ou não apresentavam disposição em responder aos questionamentos feitos. Ressalta-se que o instrumento necessitou destas características para poder testar na prática clínica a aplicabilidade da NOC; todavia, para uso cotidiano é preciso reformulações.

Por último, aponta-se como limitação a produção científica sobre o uso da NOC na prática clínica e no cenário estudado, o que se colocou como obstáculo para um maior aprofundamento na discussão e na generalização dos achados. Porém, pensa-se que os resultados deste estudo poderão subsidiar novas investigações nesta área, bem como auxiliar na prática clínica e no ensino da enfermagem.

7 CONCLUSÕES

Os RE selecionados por meio da opinião de especialistas e utilizados neste estudo foram considerados aplicáveis em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, pois permitiram avaliar os DE Dor Aguda ou Dor Crônica.

Dos oito RE e 19 indicadores avaliados se identificou mudanças estatisticamente significativas, comparando a primeira e a última avaliação, nos seguintes RE e indicadores clínicos: RE *Nível da Dor* nos seus indicadores *Dor relatada*, *Duração dos episódios*; RE *Bem-Estar Pessoal* no indicador *Relações Sociais*; RE *Sinais Vitais* no indicador *Frequência respiratória*; RE *Controle da Dor* no indicador *Descrição dos fatores causadores*.

Dentre os demais RE e indicadores que não apresentaram variações estatisticamente significativas nas suas médias, é preciso considerar que o RE *Estado de conforto* e RE *Sono* se apresentaram todo o tempo moderadamente comprometidos, o que reflete a condição e o estado de doença desses pacientes, que apresentam sintomas nem sempre facilmente controláveis, embora se tenha como meta o seu alívio. Por outro lado, o RE *Satisfação do cliente: controle da dor* e o RE *Vontade de viver*, apresentaram-se com médias elevadas durante todo o período, o que demonstra o empenho da equipe de enfermagem para atender as necessidades do paciente e de sua família, evidenciados pelas prescrições de gerenciamento da dor e de promoção do conforto físico e psicológico.

Dentre os cuidados de enfermagem, os mais frequentemente prescritos foram *Registrar a dor como 5º sinal vital*, *Comunicar sinais de dor*, *Promover conforto e segurança*, os quais apresentam similaridade com intervenções NIC na Área de Especialidade de Enfermagem Oncológica, Controle da dor e Cuidados Paliativos.

Ainda sobre os cuidados prescritos, verificou-se que a enfermagem ainda utiliza pouco as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, o que se constitui em objeto para maiores investigações. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de reavaliação constante dos cuidados implementados, pois a complexidade do paciente em cuidado paliativo requer o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de habilidades para a compreensão da experiência da dor, com valorização não apenas das questões físicas e visíveis, mas também das psicossociais e espirituais, o que aponta para o desafio de diversificar práticas no manejo da dor total e em caráter individual.

Os resultados do presente estudo indicam que o uso de alguns RE e indicadores específicos podem demonstrar a evolução clínica dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, sendo necessária uma detalhada escolha dos mesmos para se obter uma avaliação

fidedigna da efetividade das intervenções de enfermagem a pacientes no cenário do cuidado paliativo.

Por fim, acredita-se que o estudo pode subsidiar os enfermeiros que prestam assistência a pacientes em cuidados paliativos, fornecendo elementos para a avaliação da dor oncológica e, assim, minimizar o sofrimento desses pacientes, que, algumas vezes, são vítimas do manejo inadequado de sua dor.

7.1 IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

A realização de pesquisas clínicas busca a aproximação da teoria com a prática, permitindo aos estudantes e profissionais visualizarem a enfermagem baseada em evidências. Sobre isto, é possível dizer que a aplicação do Processo de Enfermagem associado às classificações NANDA-I, NIC e NOC em cenário clínico, favorece a discussão de casos, buscando o aperfeiçoamento de habilidades e competências de acadêmicos e profissionais, de forma a promover o raciocínio clínico.

Assim, o uso da ligação das classificações NANDA-I e NOC, por meio do DE e dos RE utilizados neste estudo, que foi desenvolvido em ambiente hospitalar voltado ao paciente em cuidado paliativo, pode auxiliar no aprimoramento da prática clínica, onde há constante busca por melhores resultados para o paciente que sofre pela presença da dor oncológica e que necessita ser constantemente reavaliado.

Um dos grandes desafios da enfermagem atual é justamente o estabelecimento de metas, no que este estudo pode vir a auxiliar. Os achados encontrados também podem motivar enfermeiros e pesquisadores a implementar métodos que possibilitem a avaliação da efetividade de intervenções de enfermagem, por meio dos RE da NOC e, assim, melhorar o nível de evidência da produção científica de enfermagem.

As pesquisas que utilizam as classificações de enfermagem ainda são incipientes, demonstrando a necessidade de mais estudos no cenário clínico de especialidades. Portanto, este estudo pode agregar conhecimento e servir de subsídios não só para a aplicação no ensino e na prática clínica, mas também para outras investigações, que podem replicar o método usado e testar os RE NOC com pacientes em diferentes situações clínicas e com DE distintos.

Por fim, é importante dizer que os resultados dessa pesquisa proporcionaram uma reflexão sobre a avaliação da dor do paciente oncológico e, apesar de demonstrar viabilidade na aplicação da NOC no cuidado paliativo em ambiente hospitalar, algumas dificuldades

foram identificadas pela especificidade do paciente em estudo, como a subjetividade dos indicadores que necessitam de definições operacionais para serem passíveis de aplicação.

Entretanto, entende-se como de relevância o fato de o estudo poder apresentar novas formas de avaliação da dor no paciente em cuidados paliativos, com o uso da NOC, uma vez que uma das principais preocupações da enfermeira é a avaliação, o controle e o alívio do desconforto e do sofrimento causados pela dor de origem oncológica, o que leva à busca das melhores práticas para se obter os melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. A. V. et al. Non pharmacologic pain management on oncologic patients: systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8 n. 1, 2009.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Trato respiratório: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2009.
- ALBERT EINSTEIN. **Manual farmacêutico 2013/2014**. 15. ed. São Paulo: Albert Einstein, [2012]. Disponível em:
<<http://www.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Termos.aspx?filtro=Anexos&itemID=87>>. Acesso em: 5 de out. 2013.
- ALMEIDA, C. B. et al. Uso do protocolo de analgesia (OMS) e da escala de dor no manejo do paciente com dor oncológica. In: CONGRESSO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 6., 2012, Londrina. **Enigmas da dor: ação multiprofissional em saúde**. Londrina: UNIFIL, 2012. p. 26-28.
- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ALMEIDA, M. A. et al. Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 33-40, 2010.
- ANDRADE, C.G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.
- AZZOLIN, K. O. **Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar**. 2011. 254 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/47013?show=full>>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- AZZOLIN, K. O. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012.
- BARBOSA, M. F. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e utilização de medicamentos: perfil e satisfação**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Fernanda_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A. F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p.1109-1116, 2012.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnostica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BIASI, P.T. et al. de Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **Perspectiva**, Erechim, v.35, n.129, p. 157-166, 2011.

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**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>>. Acesso em 20 mai. 2014.

BULECHEK, G. M. et al. **Nursing interventions classification (NIC)**. 6th ed. Philadelphia: Elsevier, 2013.

CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos: ampliado e atualizado**. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. p. 113-122.

CARDOSO, M. G. M. Controle da dor. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 86-103.

CAUDILL, M A. **Controle a dor antes que ela assumo o controle: um programa clinicamente comprovado**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1998.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

CORRÊA, K; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 12-18, 2008.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-49, 2012.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 412-419, 2008.

DE LA CRUZ, M. et al. Delirium, agitation, and symptom distress within the final seven days of life among cancer patients receiving hospice care. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 20, no. 1, p.1-6, 2014.

DOORENBOS, A. Z. et al. Palliative care nursing interventions in Thailand. **Journal of Transcultural Nursing**, Memphis, v. 24, no. 4, p. 332-339, 2013.

FERREIRA, A. M. et al. Clinical validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. **International Journal of Nursing terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 22, no. 4, p.162-169, 2011.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2006.

GARBIN, L. M. et al. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 508-515, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GOÉS, M. G. O. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades psicoespirituais. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. (Ed.). **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 17, p. 321-330.

HASLAM, L. et al. Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 68, no. 5, p. 1082-1089, 2011.

HEAD, B. J. et al. Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC). **Journal of Nursing Scholarship**, Hoboken, v. 36, no. 3, p. 251-259, 2004.

HIRAKATA, V. N.; CAMEY, S. A. Análise de concordância entre métodos de bland-altman. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, v. 29, n 3, p. 261-268. 2009.

INFANTE, A. C. S. Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 54-57, 2011.

JO, K. et al. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea **International Journal of Palliative Nursing**, London, v. 17, no. 8, p. 392-397, 2011.

JUCHEM, B. C.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA International. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3 p. 480-6, 2010.

KRUSE, M. H. L. et al. Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.

KURASSHIMA, A. Y.; MOSCATELLO, E. L. M. Paciente fora de possibilidade terapêutica. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). **Enfermagem Oncologia**. São Paulo: Manole, 2007. cap. 23, p. 371-385.

LAGUNA, J. et al. Inpatient palliative care and patient pain: pre- and post-outcomes. **Journal of Pain and Symptom Management**, Los Angeles, v. 43, no 6, p. 1051-1059, 2012.

LINHARES, J. C. C. **Aplicabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo**. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LUCENA, A. F. et al. Brazilian validation of the nursing outcomes for acute pain. **International Journal of Nursing Knowledge**, Malden, v. 24, p. 54-58, 2013.

LUNNEY, M. et al. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. **Rehabilitation Nursing**, New York, v. 35, no. 4, p. 161-166, 2010.

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos: ampliado e atualizado**. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. p. 31-41.

MÁRQUEZ, B. C. Valoración del dolor por câncer. In: BRUERA, E.; LIMA, L. **Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico**. 2. ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, International Association for Hospice and Palliative Care, 2004.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MARTINS, Q. C. S. et al. Volume de líquidos excessivo: validação clínica em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, [8 telas] 2011.

MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; NAPOLEÃO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 36-44, 2011.

MATEUS, A. M. et al. **Dor: guia orientador de boa prática**. Porto Alegre: COREN-RS, 2008.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos: ampliado e atualizado**. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. p. 23-30, 2012.

MELZACK, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, Amsterdam, v. 1, no. 3, p. 277-299, 1975.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.

MICELI, A. V. P. **Laços e nós**: a comunicação na relação médico- paciente com câncer e dor crônica. Brasil. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MINSON, F. P. et al. Procedimentos intervencionistas para o manejo da dor no câncer. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 292-295, 2012.

MINSON, F. P. et al. Opióides: farmacologia básica. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**: ampliado e atualizado. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. p. 123-142.

MONTEIRO, D. R.; KRUSE, M. H. L.; ALMEIDA M.A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 785-793, 2010.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**: measurement of health outcomes. 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2013.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

NANDA-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013..

PASCOAL, L. M. et al. Indicadores de troca de gases prejudicada em pacientes com doenças cardiovasculares segundo a NOC. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 96-102, out./dez, 2009.

PASIN, S. et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas associados à dor. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. (Ed.). **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 15, p. 283-300.

PILATTO, M. T. S. **Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica**. 2011. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Oncologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2011.

PIMENTA, C. A. M; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 76-83, 2000.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

PIMENTA, C.A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M.J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43 n. 1, p. 21-44, 1997.

POLIT D. F.; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

QUEROZ, N. C.; NERI, A. L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 292-299, 2005.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 32-37, 2012.

RECCO, D. C.; LUIZ, C. B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p 85-90, 2005.

RHONDALI, W. et al. Association between supportive care interventions and patient self-reported depression among advanced cancer outpatients. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 22, no. 4, p. 871-879, 2014.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005.

RIKLIKIENE O.; SESKEVICIUS A. The importance of outcome indicators for pain control and their relationship to nursing actions. **Medicina (Kaunas)**, Kaunas, v. 46, n. 1, p. 54-62, 2010.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 150-154, 2012.

SAMPAIO, F. A. A. et al. Avaliação do comportamento de promoção da saúde em portadores de diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 84-88, 2008.

SANCHEZ, K. O. L. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SCHMERLING, R. A. Cuidados Paliativos: a quem cabe esta responsabilidade? **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 5-6, 2012.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 34-41, 2011.

SHIN, D. W. et al. Variations in pain management outcomes among palliative care centers and the impact of organizational factors. **Cancer**, New York, v. 118, no. 22, p. 5688-5697, 2012.

SILVA, M. B. **Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem em pacientes com mobilidade física prejudicada submetidos à artroplastia total de quadril**. 2013. 254 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

STEPANSKI, E. J. et al. The relation of trouble sleeping, depressed mood, pain, and fatigue in patients with cancer. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Westchester, v. 5, no. 2, p. 132-136, 2009

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 173-179, 2011.

TREVINO, K. M. et al. Correlates of social support in young adults with advanced cancer. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 21, no. 2, p. 421-429, 2013.

TWYLCROSS, R. **Introducing palliative care**. 4th ed. London: Radcliff Med Press, 2003.

WANG, H. R. et al. Predictors of cancer-related pain improvement over time. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 74, no. 6, p. 642-647, 2012.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer: Palliative care is an essential part of cancer control**. Geneva: WHO, [2013]. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/en/1>>. Acesso em 24 jan 2013.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA
DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

Prezado (a) enfermeiro especialista,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da primeira etapa da minha pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada “**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA E DOR CRÔNICA SOB CUIDADOS PALIATIVOS**”.

Esta etapa consiste na seleção dos **Resultados e Indicadores de Enfermagem NOC** mais apropriados para avaliar pacientes oncológicos em cuidados paliativos com os Diagnósticos de Enfermagem (DE) Dor Aguda e Dor Crônica segundo a NANDA-I – 2009-2011.

Caso aceite, você receberá um instrumento contendo os Resultados de Enfermagem em com seu título, conceito e seus respectivos indicadores para os DEs Dor Aguda e Dor Crônica, de acordo com a 4ª edição da NOC. Preencherá com um X se você **SELECIONA** ou **NÃO SELECIONA** aquele RE e seus indicadores para Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.

Suas contribuições na 1ª etapa da pesquisa auxiliarão no direcionamento das etapas subsequentes.

O envio do instrumento para coleta de dados será encaminhado para o correio eletrônico de cada participante, porém o retorno deverá ocorrer através do email específico para esta pesquisa, conforme orientações abaixo:

1º Preencher o instrumento de coleta de dados

2º Após preenchimento acesse seguinte e-mail:

Usuário: valiadacaonoc@gmail.com / Senha: validacaonoc2013

3º Anexe o seu arquivo e envie para o mesmo email em um prazo de 30 dias.

Caso aceite, solicitamos o preenchimento de alguns dados de identificação:

Idade: Sexo: ()F ()M Ano de formatura:

Nível de instrução: () Doutorado Área:
() Mestrado Área:
() Especialização Área:
() Graduação

Tempo de experiência profissional (meses):

Área de atuação profissional atual: () Assistencial
() Gerencial
() Docência
() Outra (especifique)

Especialidade da área de atuação profissional: () Oncologia
() Outra (especifique)

Tempo de atuação em enfermagem oncológica (meses):

Informe o tempo em que você trabalha ou trabalhou com pacientes oncológicos em cuidados paliativos:

- () 1 a 4 anos
 () 5 a 10 anos
 () mais de 10 anos.

Possui participação em grupo de dor ou cuidados paliativos oncológico?

() SIM () NÃO

Se participou, por quanto tempo e até quando?

Se participa, há quanto tempo?

Possui participação em cursos/eventos/palestra referente à dor ou cuidados paliativos oncológico?

() SIM () NÃO

Se participou, por quanto tempo e até quando?

Se participa, há quanto tempo?

Possui apresentação de trabalhos/resumos em eventos científicos, artigo publicado ou capítulo de livro sobre a temática dor ou cuidados paliativos oncológico?

() SIM () NÃO

Descreva com respectivas datas:

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS SOBRE
OS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA OS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM DOR AGUDA/CRÔNICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

**Indicadores dos Resultados de Enfermagem segundo a NOC para os Diagnósticos
de Enfermagem Dor Aguda e Dor Crônica**

| RESULTADO SUGERIDO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|---|-----------|------------------|
| Controle da dor – Ações pessoais para controlar a dor | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Reconhecimento do início da dor | | |
| Descrição dos fatores causadores | | |
| Uso de um diário para monitorar os sintomas ao longo do tempo | | |
| Uso de medidas preventivas | | |
| Uso de medidas de alívio não analgésico | | |
| Uso de analgésico conforme recomendação | | |
| Relato de mudanças nos sintomas da dor ao profissional de saúde | | |
| Relato de sintomas não controlados ao profissional de saúde | | |
| Uso de recursos disponíveis | | |
| Reconhecimento dos sintomas associados da dor | | |
| Relato de dor controlada | | |

| RESULTADO SUGERIDO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
|--|-----------|------------------|
| Estado de Conforto: Físico – Relaxamento físico relacionado com sensações corporais e mecanismos homeostáticos. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não Seleciono |
| Controle de sintomas | | |
| Bem-estar físico | | |
| Relaxamento muscular | | |
| Posição confortável | | |
| Roupas confortáveis | | |
| Apresentação e higiene pessoais | | |
| Ingestão de alimentos | | |
| Ingestão de líquidos | | |
| Nível de energia | | |
| Temperatura do corpo | | |
| Permeabilidade da via aérea | | |
| Saturação de oxigênio | | |
| Prurido | | |
| Respiração difícil | | |
| Fome de ar | | |
| Síndrome das pernas inquietas | | |
| Dores musculares | | |
| Dor de cabeça | | |
| Náusea | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Vômito | | |
| Incontinência urinária | | |
| Incontinência intestinal | | |
| Diarreia | | |
| Constipação | | |

| RESULTADO SUGERIDO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|--|-----------|------------------|
| DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
| Nível de Desconforto – Gravidade do desconforto mental ou físico observado ou relatado. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não Seleciono |
| Dor | | |
| Ansiedade | | |
| Lamúrias | | |
| Sufrimento | | |
| Derrotismo | | |
| Estresse | | |
| Medo | | |
| Depressão | | |
| Alucinações | | |
| Ideias delirantes | | |
| Pensamentos paranoicos | | |
| Comportamentos obsessivo-compulsivos | | |
| Hiperatividade | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Inquietação | | |
| Síndrome das pernas inquietas | | |
| Urticária | | |
| Dores musculares | | |
| Caretas | | |
| Tensão facial | | |
| Sensibilidade de rebote | | |
| Movimentos espasmódicos | | |
| Posição insatisfatória do corpo | | |
| Respiração difícil | | |
| Fome de ar | | |
| Perda do apetite | | |
| Calafrios | | |
| Hipotermia | | |
| Náusea | | |
| Vômito | | |
| Diarreia | | |
| Incontinência intestinal | | |
| Constipação | | |
| Incontinência urinária | | |
| Incapacidade de comunicar-se | | |
| Pensamentos suicidas | | |
| Perda da fé | | |
| Sensação de abandono espiritual | | |

| RESULTADO SUGERIDO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
| Nível da Dor – Gravidade da dor observada ou relatada. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Dor relatada | | |
| Duração dos episódios de dor | | |
| Ato de esfregar a área afetada | | |
| Suspiros e choro | | |
| Expressões faciais de dor | | |
| Inquietação | | |
| Agitação | | |
| Irritabilidade | | |
| Encolhimento | | |
| Lacrimejamento | | |
| Diaforese | | |
| Passadas compassadas de um lado a outro | | |
| Estreitamento do foco | | |
| Tensão muscular | | |
| Perda do apetite | | |
| Náusea | | |
| Intolerância aos alimentos | | |
| Frequência respiratória | | |
| Frequência cardíaca apical | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Frequência pulsar radial | | |
| Pressão arterial | | |
| Transpiração | | |

| RESULTADO SUGERIDO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|--|-----------|------------------|
| DOR AGUDA | | |
| Nível de Estresse – Gravidade da tensão física ou mental manifesta resultante de fatores que alteram um equilíbrio existente. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Pressão arterial aumentada | | |
| Frequência de pulso radial aumentada | | |
| Frequência respiratória aumentada | | |
| Pupilas dilatadas | | |
| Tensão muscular aumentada no pescoço, nos ombros e nas costas | | |
| Dor de cabeça tensional | | |
| Palmas das mãos suadas | | |
| Boca e garganta secas | | |
| Diarreia | | |
| Frequência urinária | | |
| Mudança na ingestão de alimentos | | |
| Perturbação estomacal | | |
| Inquietação | | |
| Distúrbio do sono | | |
| Interrupção do processo de pensamento | | |

| | | |
|---|--|--|
| Esquecimento | | |
| Erros cognitivos frequentes | | |
| Atenção diminuída a detalhes | | |
| Incapacidade de concentrar-se nas tarefas | | |
| Repentes emocionais | | |
| Irritabilidade | | |
| Depressão | | |
| Ansiedade | | |
| Desconfiança | | |
| Pensamentos opressivos | | |
| Episódio de <i>flashback</i> | | |
| Dissociação | | |
| Comportamento compulsivo | | |
| Uso aumentado do álcool | | |
| Uso aumentado de medicação psicotrópica | | |
| Aumento do fumo | | |
| Redução da produtividade | | |
| Aumento da frequência de acidentes | | |
| Mudança na libido | | |

| | | |
|---|-----------|------------------|
| RESULTADO SUGERIDO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
| DOR AGUDA | | |
| Sinais Vitais – O quanto a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão sanguínea estão dentro de uma variação normal. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | | Não |

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| | Seleciono | seleciono |
| Temperatura Corporal | | |
| Frequência cardíaca apical | | |
| Ritmo cardíaco apical | | |
| Frequência do pulso radial | | |
| Frequência respiratória | | |
| Ritmo respiratório | | |
| Pressão arterial sistólica | | |
| Pressão arterial diastólica | | |
| Pressão de pulso | | |
| Profundidade da inspiração | | |

| | | |
|--|-----------|------------------|
| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
| Apetite – Desejo de comer quando doente ou recebendo tratamento. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Desejo de comer | | |
| Desejo intenso por comer | | |
| Satisfação com a comida | | |
| Sabor agradável dos alimentos | | |
| Relata energia para alimentar-se | | |
| Ingestão de alimentos | | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Ingestão de nutrientes | | |
| Ingestão de líquidos | | |
| Estímulo para alimentar-se | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|---|-----------|------------------|
| Bem-Estar Pessoal – Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Desempenho das atividades da vida diária | | |
| Desempenho dos papéis usuais | | |
| Saúde psicológica | | |
| Relações sociais | | |
| Vida espiritual | | |
| Saúde física | | |
| Estado cognitivo | | |
| Capacidade de enfrentar | | |
| Capacidade de relaxar | | |
| Nível de felicidade | | |
| Capacidade de expressar as emoções | | |
| Capacidade de controlar as atividades | | |
| Oportunidades de escolha(s) de cuidado de saúde | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA |
|---|
|---|

| | | |
|---|-----------|------------------|
| Conhecimento: controle da dor – Alcance da compressão transmitida sobre as causas, os sintomas e o tratamento da dor.. | Seleciono | Não Seleciono |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Causas e fatores colaboradores da dor | | |
| Sinais e sintomas de dor | | |
| Estratégias de controle da dor | | |
| Estratégias de controle da dor crônica | | |
| Regime medicamentoso prescrito | | |
| Uso correto da medicação prescrita | | |
| Uso correto da medicação não prescrita | | |
| Uso seguro da medicação prescrita | | |
| Efeitos terapêuticos dos medicamentos | | |
| Efeitos secundários dos medicamentos | | |
| Efeitos adversos dos medicamentos | | |
| Interações potenciais dos medicamentos | | |
| Interação potencial da medicação com outros agentes | | |
| Questões de segurança relacionadas com a medicação | | |
| Armazenagem correta da medicação | | |
| Importância da obediência ao regime de medicamentos | | |
| Importância de informar o profissional de saúde sobre todos os medicamentos atualmente em uso | | |
| Restrições à atividade | | |
| Precauções relacionadas com a atividade | | |
| Técnicas efetivas de posicionamento | | |

| | | |
|--|--|--|
| Técnicas efetivas de relaxamento | | |
| Imagem orientada efetiva | | |
| Recreação eficiente | | |
| Aplicação efetiva de calor/frio | | |
| Estimulação elétrica eficiente | | |
| Técnicas efetivas de meditação | | |
| Benefícios da estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS) | | |
| Benefícios da hipnose | | |
| Benefícios da acupuntura | | |
| Benefícios do <i>biofeedback</i> | | |
| Benefícios da massagem | | |
| Benefícios da automonitorização contínua da dor | | |
| Benefícios da perda de peso para reduzir a dor | | |
| Benefícios de controle preventivo da dor | | |
| Estratégias de controle preventivo da dor | | |
| Quando obter assistência de um profissional de saúde | | |
| Grupos de apoio disponíveis | | |
| Recursos disponíveis na comunidade | | |
| Fatores respeitáveis de informação | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|---|-----------|------------------|
| Controle de sintomas – Ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas na função física e emocional. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | | Não |

| | Seleciono | seleciono |
|--|-----------|-----------|
| Monitoração do início dos sintomas | | |
| Monitoração da persistência dos sintomas | | |
| Monitoração da gravidade dos sintomas | | |
| Monitoração frequência dos sintomas | | |
| Monitoração da variação dos sintomas | | |
| Uso de medidas preventivas | | |
| Uso de medidas de alívio dos sintomas | | |
| Obtenção de cuidados de saúde diante de ocorrência de sinais de alerta | | |
| Uso de recursos disponíveis | | |
| Uso de diário para monitorar os sintomas ao longo tempo | | |
| Relato de sintomas controlados | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
|---|-----------|------------------|
| Estado de Conforto – Conforto geral físico, espiritual, sociocultural, e ambiental e segurança de um indivíduo. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Bem-estar físico | | |
| Controle de sintomas | | |
| Bem-estar psicológico | | |
| Ambiente físico | | |
| Temperatura do ambiente | | |

| | | |
|---|--|--|
| Apoio social da família | | |
| Apoio social dos amigos | | |
| Relações sociais | | |
| Vida espiritual | | |
| Cuidados coerentes com as crenças culturais | | |
| Cuidados coerentes com as necessidades | | |
| Capacidade de comunicar as necessidades | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
|---|-----------|------------------|
| Gravidade de Náusea e Vômitos – Gravidade da náusea, da ânsia de vômito e de sintomas do vômito. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Frequência de náusea | | |
| Intensidade da náusea | | |
| Sufrimento decorrente da náusea | | |
| Frequência das ânsias de vômito | | |
| Intensidade das ânsias de vômito | | |
| Sufrimento causado pelas ânsias de vômito | | |
| Frequência do vômito | | |
| Intensidade do vômito | | |
| Sufrimento causado pelo vômito | | |
| Secreção excessiva de saliva | | |

| | | |
|------------------------|--|--|
| Alteração no paladar | | |
| Intolerância a cheiros | | |
| Perda de peso | | |
| Azia | | |
| Dor gástrica | | |
| Vômito em jato | | |
| Sangue na êmese | | |
| Êmese tipo café moído | | |
| Odor fecal na êmese | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|--|-----------|------------------|
| Gravidade dos Sintomas – Gravidade mudanças adversas percebidas nas funções física, emocional e social. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Intensidade dos sintomas | | |
| Frequência dos sintomas | | |
| Persistência dos sintomas | | |
| Desconforto associado | | |
| Inquietação associada | | |
| Medo associado | | |
| Ansiedade associada | | |
| Mobilidade física prejudicada | | |
| Desempenho do papel prejudicado | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Relações interpessoais prejudicadas | | |
| Humor prejudicado | | |
| Alegria de viver comprometida | | |
| Sono inadequado | | |
| Déficit do sono | | |
| Perda do apetite | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
|--|-----------|------------------|
| Gravidade dos Sintomas: Perimenopausa – Gravidade dos sintomas causados por declínio dos níveis hormonais.. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Irregularidade menstrual | | |
| Cólicas | | |
| Fogachos | | |
| Suores noturnos | | |
| Ressecamento vaginal | | |
| Oscilações de humor | | |
| Fluxo menstrual | | |
| Insônia | | |
| Fadiga | | |
| Dor musculoesquelética | | |
| Aumento de peso | | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Líbido diminuída | | |
| Palpitações cardíacas | | |
| Vertigem | | |
| Mudanças de memória | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR AGUDA | | |
| Gravidade dos Sintomas: Tensão Pré-menstrual (TPM) – Gravidade dos sintomas causados por oscilações do ciclo menstrual. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Inchaço abdominal | | |
| Cólicas | | |
| Padrões intestinais interrompidos | | |
| Eliminação urinária reduzida | | |
| Acne | | |
| Ansiedade | | |
| Dor nas costas | | |
| Sensibilidade mamária | | |
| Energia diminuída | | |
| Depressão | | |
| Retenção de líquidos | | |
| Desejo forte de comer | | |
| Dores de cabeça | | |

| | | |
|---------------------|--|--|
| Insônia | | |
| Irritabilidade | | |
| Oscilações do humor | | |
| Náusea | | |
| Vertigem | | |
| Vômito | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
|--|-----------|------------------|
| Nível de Ansiedade – Gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestado decorrente de uma fonte não identificada. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Agitação | | |
| Andar de um lado a outro | | |
| Torcer as mãos | | |
| Nervosismo | | |
| Desconforto | | |
| Tensão muscular | | |
| Tensão facial | | |
| Irritabilidade | | |
| Indecisão | | |
| Repentes de raiva | | |
| Comportamento problemático | | |

| | | |
|---|--|--|
| Dificuldade de concentração | | |
| Dificuldade de aprendizagem | | |
| Dificuldade para resolver problemas | | |
| Ataques de pânico | | |
| Apreensão verbalizada | | |
| Ansiedade verbalizada | | |
| Preocupação exagerada sobre eventos da vida | | |
| Pressão arterial aumentada | | |
| Frequência de pulsações aumentada | | |
| Frequência respiratória aumentada | | |
| Pupilas dilatadas | | |
| Sudorese | | |
| Tontura | | |
| Fadiga | | |
| Produtividade diminuída | | |
| Desempenho escolar diminuído | | |
| Introspecção | | |
| Distúrbios do padrão sono | | |
| Mudanças no padrão intestinal | | |

| | | |
|---|-----------|------------------|
| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA | | |
| Nível de Medo – Gravidade da apreensão, da tensão ou do desequilíbrio explícito advindos de fonte identificável. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |

| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
|--|-----------|------------------|
| Desconforto | | |
| Tendência a culpar os outros | | |
| Autoabsorção | | |
| Falta de confiança | | |
| Inquietação | | |
| Irritabilidade | | |
| Repentes de raiva | | |
| Dificuldade de concentração | | |
| Dificuldade de aprendizagem | | |
| Dificuldade para solucionar problemas | | |
| Campo de percepção diminuído | | |
| Inadequação percebida nas relações interpessoais | | |
| Preocupação exagerada com os eventos da vida | | |
| Antecipação de atenção nos eventos da vida | | |
| Antecipação da atenção na fonte de medo | | |
| Pressão arterial aumentada | | |
| Frequência de pulso radial aumentada | | |
| Frequência respiratória aumentada | | |
| Pupilas dilatadas | | |
| Sudorese | | |
| Sensação de desmaio | | |
| Tensão muscular | | |
| Tensão facial | | |
| Eliminação frequente de urina | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Diarréia | | |
| Incapacidade para dormir | | |
| Palidez | | |
| Fadiga | | |
| Retraimento | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR AGUDA | | |
| Recuperação de queimaduras – Extensão de recuperação física e psicológica geral após grande lesão por queimadura | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Granulação tissular | | |
| Perfusão tissular do local da queimadura | | |
| Percentual de queimadura cicatrizada | | |
| Estabilidade da temperatura | | |
| Estabilidade eletrolítica | | |
| Equilíbrio hídrico | | |
| Capacidade de autocuidado | | |
| Movimento articular das extremidades | | |
| Tolerância a locomoção | | |
| Atitude positiva com relação a tocar a parte afetada | | |
| Adaptação psicológica mudanças na aparência física | | |
| Adaptação psicológica mudanças na função corporal | | |

| | | |
|---|--|--|
| Dor | | |
| Cognição diminuída | | |
| Requisição de medicação para dor | | |
| Saturação de oxigênio diminuída | | |
| Dificuldade respiratória | | |
| Perda de peso | | |
| Infecção | | |
| Pele bolhosa | | |
| Drenagem purulenta | | |
| Odor desagradável no ferimento | | |
| Edema no local da queimadura | | |
| Necrose tissular | | |
| Edema generalizado | | |
| Complicações gastrointestinais | | |
| Eliminação urinária diminuída | | |
| Necessidade de enxerto no local da queimadura | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|--|-----------|------------------|
| Repouso – Quantidade e padrão da atividade diminuída para rejuvenescimento mental e físico | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Quantidade de repouso | | |
| Padrão de repouso | | |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Qualidade do repouso | | |
| Fisicamente descansado | | |
| Mentalmente descansado | | |
| Emocionalmente descansado | | |
| Energia restaurada após o repouso | | |
| Aparência descansada | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|--|-----------|------------------|
| Satisfação do Cliente: Controle da Dor – Alcance da percepção positiva dos cuidados de enfermagem para aliviar a dor. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Controle da dor | | |
| Nível da dor monitorado com regularidade | | |
| Efeitos secundários dos medicamentos monitorados | | |
| Ações implementadas para aliviar a dor | | |
| Ações implementadas para oferecer conforto | | |
| Informações dadas para manejo do uso de medicamentos | | |
| Preferências pessoais levadas em conta | | |
| Informações dadas sobre opções para manejo da dor | | |
| Manejo da dor coerente com crenças culturais | | |
| Abordagens preventivas usadas no manejo da dor | | |
| Informações dadas sobre restrições à atividade | | |
| Informações dadas sobre alívio da dor | | |

| | | |
|--|--|--|
| Informações dadas sobre opções para o manejo da dor após a alta | | |
| Encaminhamentos feitos para grupos de apoio | | |
| Provedores de saúde que trabalham como uma equipe para o controle do plano | | |
| Encaminhamento a profissionais de saúde para manejo da dor, conforme a necessidade | | |
| Questões de segurança abordadas sobre uso de medicação para a dor | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|---|-----------|------------------|
| Satisfação do Cliente: Controle de Sintomas – Alcance da percepção positiva dos cuidados de enfermagem para aliviar os sintomas da doença. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Padrões de sintomas identificados | | |
| Gravidade de sintomas identificada | | |
| Duração dos sintomas identificados | | |
| Investigação da causa dos sintomas | | |
| Ações implementadas para prevenir os sintomas | | |
| Reação imediata aos sintomas | | |
| Cuidados para controle dos sintomas | | |
| Cuidados para controle da dor | | |
| Ações implementadas para oferecer conforto | | |
| Sintomas monitorados com regularidade | | |
| Monitoração relativa a sintomas comuns | | |
| Monitoração para controle de sintomas | | |

| | | |
|---|--|--|
| Monitoração relativa a conforto | | |
| Encaminhamentos feitos a outros provedores de cuidados de saúde | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO PARA OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (DE) DOR AGUDA E DOR CRÔNICA | | |
|--|-----------|------------------|
| Sono – Suspensão periódica natural da consciência durante o qual o corpo se recupera | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Horas de sono | | |
| Horas de sono observadas | | |
| Padrão de sono | | |
| Qualidade do sono | | |
| Eficiência do sono | | |
| Rotina de sono | | |
| Ato de dormir durante a noite inteira, de forma consistente | | |
| Sensações de rejuvenescimento após o sono | | |
| Acordado nos horários adequados | | |
| Cama confortável | | |
| Temperatura confortável no ambiente | | |
| Achados do eletroencefalograma | | |
| Achados do eletromiograma | | |
| Achados do eletro-oculograma | | |
| Dificuldade para adormecer | | |
| Sono interrompido | | |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Cochilos inadequados durante o dia | | |
| Apneia do sono | | |
| Dependência de auxiliares do sono | | |
| Pesadelos | | |
| Noctúria | | |
| Ronco | | |
| Dor | | |

| RESULTADO SUGERIDO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|--|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Dor: Efeitos Nocivos –Gravidade dos efeitos nocivos observados ou relatados decorrentes da dor crônica no funcionamento diário. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Comprometimento das relações interpessoais | | |
| Desempenho do papel prejudicado | | |
| Concentração prejudicada | | |
| Humor prejudicado | | |
| Falta de paciência | | |
| Sono interrompido | | |
| Perturbação da rotina | | |
| Mobilidade física prejudicada | | |
| Autocuidado prejudicado | | |
| Perda do apetite | | |
| Eliminação urinária prejudicada | | |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Eliminação intestinal prejudicada | | |
| Ausências do trabalho | | |
| Ausência da escola | | |
| Dificuldade para manter emprego | | |
| Atividades de brincadeira | | |
| Atividades de lazer | | |
| Produtividade no trabalho | | |
| Produtividade na escola | | |
| Satisfação de vida | | |
| Sensação de controle | | |
| Sentimento de esperança | | |

| RESULTADO SUGERIDO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|--|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Dor: Resposta Psicológica Adversa – Gravidade das respostas adversas cognitivas e emocionas observadas ou relatadas à dor física. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Lentidão dos processos de pensamento | | |
| Prejuízo da memória | | |
| Interferência na concentração | | |
| Indecisão | | |
| Sufrimento decorrente da dor | | |
| Preocupação relacionada com tolerância da dor | | |
| Preocupação relacionada com sobrecarregar os outros | | |

| | | |
|--|--|--|
| Preocupação a acerca do abandono | | |
| Depressão | | |
| Ansiedade | | |
| Tristeza | | |
| Impotência | | |
| Desesperança | | |
| Sentimento de desvalorização | | |
| Sensação de isolamento | | |
| Medo de procedimentos e equipamento | | |
| Medo de dor insuportável | | |
| Incomodo decorrente do efeito perturbador da dor | | |
| Pensamentos suicidas | | |
| Pensamentos pessimistas | | |
| Amargura voltada aos outros | | |
| Raiva decorrente dos efeitos incapacitantes da dor | | |

| | | |
|--|-----------|------------------|
| RESULTADO SUGERIDO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
| DOR CRÔNICA | | |
| RESULTADOS SUGERIDOS | | |
| Nível de Depressão – Gravidade do humor melancólico e perda de interesse pelos eventos de vida. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Humor depressivo | | |
| Perda de interesse pelas atividades | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Eventos negativos de vida | | |
| Falta de prazer na atividades | | |
| Concentração prejudicada | | |
| Culpa inadequada | | |
| Culpa excessiva | | |
| Fadiga | | |
| Sentimentos de desvalorização | | |
| Retardo psicomotor | | |
| Agitação psicomotora | | |
| Insônia | | |
| Hiperinsônia | | |
| Aumento de peso | | |
| Perda de peso | | |
| Aumento de apetite | | |
| Redução de apetite | | |
| Pensamentos recorrentes de morte | | |
| Pensamentos recorrentes de suicídio | | |
| Indecisão | | |
| Tristeza | | |
| Repentes de choro | | |
| Raiva | | |
| Desesperança | | |
| Solidão | | |
| Autoestima baixa | | |
| Libido diminuída | | |
| Nível de atividade diminuído | | |

| | | |
|---|--|--|
| Falta de espontaneidade | | |
| Irritabilidade | | |
| Uso recreativo de drogas | | |
| Aumento do uso de álcool | | |
| Higiene/apresentação pessoal insatisfatória | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Autocontrole da Depressão – Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Monitoração da capacidade de concentração | | |
| Monitoração da intensidade de depressão | | |
| Identificação de precursores da depressão | | |
| Planejamento de estratégias para reduzir os efeitos dos precursores | | |
| Monitoração de manifestações comportamentais da depressão | | |
| Relato de sono adequado | | |
| Relato de melhora da libido | | |
| Monitoração das manifestações físicas de depressão | | |
| Relato de melhora do humor | | |
| Manutenção de um peso estável | | |
| Atendimento ao regime de tratamento | | |
| Uso de medicação, conforme a prescrição | | |
| Estabelecimento de metas realistas | | |

| | | |
|--|--|--|
| Atrasa grandes decisões até sentir-se melhor | | |
| Participação de atividades agradáveis | | |
| Atendimento do plano de exercícios | | |
| Adesão á agenda da terapia | | |
| Relato de mudanças nos sintomas a um provedor de cuidados de saúde | | |
| Evita o uso errado de álcool | | |
| Evita uso errado de fármacos não prescritos | | |
| Evita uso recreativo de drogas | | |
| Mantém higiene pessoal e boa apresentação pessoal | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|--|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Gravidade do Sofrimento – Gravidade da angustia associada a um sintoma de sofrimento, lesão ou perda, com potencial de efeitos a longo prazo. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Autoabsorção | | |
| Depressão | | |
| Tristeza | | |
| Impotência | | |
| Luto | | |
| Culpa | | |
| Desesperança | | |
| Impotência | | |
| Desvalorização | | |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Vulnerabilidade | | |
| Sufrimento espiritual | | |
| Desespero | | |
| Solidão | | |
| Medo de recorrência | | |
| Medo de dor insuportável | | |
| Medo de circunstâncias desconhecidas | | |
| Medo de ficar só | | |
| Amargura relacionada com os outros | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Nível de Estresse – Gravidade da tensão física ou mental manifesta, resultante de fatores que alteram um equilíbrio existente. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Pressão arterial aumentada | | |
| Frequência de pulso radial aumentada | | |
| Frequência respiratória aumentada | | |
| Pupilas dilatadas | | |
| Tensão muscular aumentada no pescoço, nos ombros e nas costas | | |
| Dor de cabeça tensional | | |
| Palmas das mãos suadas | | |
| Boca e garganta seca | | |
| Diarreia | | |

| | | |
|--|--|--|
| Frequência urinária | | |
| Mudança de ingestão de alimentos | | |
| Perturbação estomacal | | |
| Inquietação | | |
| Distúrbio do sono | | |
| Interrupção do processo de pensamento | | |
| Esquecimento | | |
| Erros cognitivos frequentes | | |
| Atenção diminuída a detalhes | | |
| Incapacidade de concentra-se nas tarefas | | |
| Repentes emocionais | | |
| Irritabilidade | | |
| Depressão | | |
| Ansiedade | | |
| Desconfiança | | |
| Pensamentos opressivos | | |
| Episódios de <i>flashback</i> | | |
| Dissociação | | |
| Comportamento compulsivo | | |
| Uso aumentado de álcool | | |
| Uso aumentado de medicação psicotrópica | | |
| Aumento do fumo | | |
| Absenteísmo | | |
| Redução da produtividade | | |
| Aumento da frequência de acidentes | | |
| Mudança na libido | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Nível de Fadiga – Gravidade da fadiga generalizada prolongada que foi observada ou relatada | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Exaustão | | |
| Estafa | | |
| Humor reprimido | | |
| Perda do apetite | | |
| Libido diminuída | | |
| Concentração prejudicada | | |
| Motivação diminuída | | |
| Dores de cabeça | | |
| Dor de garganta | | |
| Nódulos linfáticos sensíveis | | |
| Dor muscular | | |
| Dor nas articulações | | |
| Mal-estar pós-esforço | | |
| Nível de estresse | | |
| Atividades da vida diária | | |
| Atividades instrumentais da vida diária | | |
| Desempenho no trabalho | | |
| Desempenho no modo de vida | | |

| | | |
|--|--|--|
| Qualidade do repouso | | |
| Qualidade do sono | | |
| Equilíbrio entre a atividade e repouso | | |
| Estado de alerta | | |
| Hematócritos | | |
| Saturação de oxigênio | | |
| Função da tireoide | | |
| Função imunológica | | |
| Função neurológica | | |
| Metabolismo | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Qualidade de Vida – Alcance da percepção positiva das atuais circunstâncias de vida. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Estado de saúde | | |
| Circunstâncias sociais | | |
| Circunstâncias ambientais | | |
| Privacidade | | |
| Dignidade | | |
| Autonomia | | |
| Estado econômico | | |
| Nível de educação | | |

| | | |
|---|--|--|
| Vida profissional | | |
| Relações próximas | | |
| Alcances de meta de vida | | |
| Capacidade de enfrentamento | | |
| Autoconceito | | |
| Humor extrovertido | | |
| Independência nas atividades da vida diária | | |

| RESULTADO ADICIONAL ASSOCIADO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | | |
|---|-----------|------------------|
| DOR CRÔNICA | | |
| Vontade de Viver – Desejo, determinação e esforço para sobreviver. | Seleciono | Não Seleciono |
| | | |
| INDICADORES | Seleciono | Não seleciono |
| Expressão de determinação para viver | | |
| Expressão de esperança | | |
| Expressão de otimismo | | |
| Expressão de sensação de controle | | |
| Expressão de sentimentos | | |
| Interesse pela doença de uma pessoa | | |
| Interesse pelo tratamento de alguém | | |
| Uso de estratégias para compensar problemas associados á doença | | |
| Uso de tratamentos para prolongar a vida | | |
| Uso de estratégias para melhorar a saúde | | |
| Uso de estratégias para prolongar a vida | | |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Depressão | | |
| Pensamentos suicidas | | |
| Pensamentos pessimistas | | |

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PACIENTES

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____
 PROTUÁRIO: _____ DATA: ____/____/____
 TELEFONE (____) _____ QUARTO/LEITO: _____
 DATA NASCIMENTO: ____/____/____ COR: _____ IDADE: _____ anos
 SEXO: () F () M

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

POSSUI QUANTOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO? _____
 RESIDE SOZINHO? () Sim () Não
 RENDA FAMILIAR:
 () 1 salário () 2 salários () 3 salários () 4 salários () + de 4 salários

3. DADOS CLÍNICOS

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____
 SÍTIO PRIMÁRIO DO CÂNCER: _____
 ESTADIAMENTO DO CÂNCER: _____

4. TERAPÊUTICAS PALIATIVAS

() RADIOTERAPIA
 () QUIMIOTERAPIA
 () OUTRAS _____

MEDICAÇÕES ANAGÉSICAS EM USO:

| MEDICAMENTO/CLASSE | QUAL | DOSAGEM | DOSE DIÁRIA |
|----------------------------|------|---------|-------------|
| () OPIOIDE | | | |
| () ANALGÉSICO NÃO OPIÁCEO | | | |
| () ANALGÉSICO ADJUVANTE | | | |
| () OUTRO | | | |

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS: levantamento dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes oncológicos com Dor Aguda e Dor Crônica sob cuidados paliativos, coletados por meio de uma *Query* construída com base no sistema de prescrição de enfermagem informatizada.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: _____

Data inicial: ___/___/_____

Avaliador: _____

| Nível de Dor (2102): Gravidade de dor observada ou relatada | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|--------------|----------------|----------------|-------------|---------------|------------|
| <i>INDICADORES</i> | <i>Definição operacional</i> | <i>Magnitude da definição operacional</i> | <i>DIA</i> | <i>GRAVE</i> | <i>SUBSTAN</i> | <i>MODERAD</i> | <i>LEVE</i> | <i>NENHUM</i> | <i>OBS</i> |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Dor relatada (210201) Definição conceitual: Caracteriza-se pelo autorrelato da experiência dolorosa. A resposta pode ser espontânea ou solicitada. | Aplicar a Escala numérica verbal (ENV), perguntando quanto ele classifica sua dor de 0 a 10. | 1. Dez (10) = Dor de intensidade insuportável. 2. Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade. 3. Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada. 4. Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade. 5. Zero (0) = Ausência de Dor. | 1° | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | |
| Duração dos episódios de dor (210204) Definição conceitual: Caracteriza-se pelo tempo de duração dos episódios de dor. | Perguntar ao paciente o tempo de duração dos episódios de dor, considerando período de 24 horas . | 1. Os episódios de dor duram o tempo todo. 2. Os episódios de dor duram maior parte do tempo. 3. Os episódios de dor duram por mais de 1 hora. 4. Os episódios de dor duram até 1 hora. 5. Sem episódios de dor | 1° | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | |
| Expressões faciais de dor (210206) Definição conceitual: Caracteriza-se por alterações na mímica facial durante episódios dolorosos. | Observar se o paciente apresenta mudança da expressão facial do rosto como indicativo de dor, como por exemplo: testa enrugadas, boca torcida, face de choro, contração das sobrancelhas, reação de | 1. Apresenta expressões faciais de dor continuamente durante a avaliação. 2. Apresenta expressões faciais de dor 5 a 6 vezes durante a avaliação. 3. Apresenta expressões faciais de dor 3 a 4 vezes durante a avaliação. 4. Apresenta expressão facial de dor de 1 a 2 vezes | 1° | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | língua, tremor no queixo, abertura de lábio durante a avaliação. | durante a avaliação. 5. Não apresenta expressões faciais de dor durante a avaliação. | | | | | | | | | | |
| Agitação (210222) Definição conceitual: Estado de movimentação inquieta, perturbação, excitação. | Observar se o paciente apresenta sinais de agitação, como: remexer-se, retorcer as mãos, puxar as roupas e incapacidade de ficar sentado quieto. | 1. Agitação perigosa (ex: tenta remover cateteres) 2. Muito agitado, não apresenta calma após comando verbal. 3. Agitação moderada, apresenta calma após comando verbal. 4. Agitação leve, apresenta-se calmo e cooperativo após comando verbal. 5. Sem agitação. | 1° | | | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | | | |
| Irritabilidade (210223) Definição conceitual: Reação excessiva aos estímulos, traduzido por desconforto que gera uma certa impaciência até a fúria e o ódio. | Observar se paciente apresenta sinais de irritação (impaciência, ódio, fúria, resposta agressivas, demonstração de contrariedade) durante a avaliação. | 1. Irritação perigosa (ex: tenta agredir) 2. Muito irritado (irrita-se com todos os estímulos e não apresenta calma em nenhum momento). 3. Irritação moderada (irrita-se com alguns estímulos, mas não acalma-se com facilidade). 4. Irritação leve (irrita-se com determinado estímulo, mas acalma-se com facilidade) 5. Sem irritação. | 1° | | | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | | | |

Sinais Vitais (0802): *O quanto a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão sanguínea estão dentro de uma variação normal.*

| INDICADORES | Definição operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | DESVIO GRAVE DA VARIAÇÃO NORMAL | DESVIO SUBSTANCIAL DA VARIAÇÃO NORMAL | DESVIO MODERADO DA VARIAÇÃO NORMAL | DESVIO LEVE DA VARIAÇÃO NORMAL | NENHUM DESVIO DA VARIAÇÃO NORMAL | OBS | |
|--------------------------------|------------------------------------|---|-----|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Frequência respiratória | Verificar parâmetros da frequência | 1. > 26 mpm 2. 25 a 26 mpm | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| (080204) Definição conceitual: Número de ciclos respiratórios (inspiração e expiração) que o organismo realiza involuntariamente por minuto. | respiratória. | 3. 23 a 24 mpm 4. 21 a 22 mpm 5. 16 a 20 mpm | 4° | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |
| Pressão Arterial (080205/080206) Definição conceitual: Refere-se à pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias durante a sístole e diástole ventriculares. | Verificar parâmetros da pressão arterial. | 1. $\geq 180/110$ mmHg 2. 179/109 160/100mmHg 3. 159/99 140/90mmHg 4. 139/89 130/85mmHg 5. 129/84 120/80 mmHg | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |

Sono (0004): *Suspensão periódica natural da consciência durante a qual o corpo se recupera.*

| INDICADORES | Definição operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | GRAVEMENTE COMPROMETIDO | MUITO COMPROMETIDO | MODERADAMENTE COMPROMETIDO | LEVEMENTE COMPROMETIDO | NÃO COMPROMETIDO | OBS |
|---|--|--|-----|-------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------|------------------|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Qualidade do sono (000404) Definição conceitual: Características habituais do sono. | Observar/perguntar se o paciente apresenta características que diminuem ou prejudicam a qualidade do sono, como por exemplo: - Dificuldade para adormecer; - Acorda várias vezes por noite; - Dificuldade para respirar; - Apresenta frio durante o sono; - Apresentou dor durante o sono; - Usa medicação | 1. Apresenta 7 ou mais características. 2. Apresenta 5 a 6 características. 3. Apresenta 3 a 4 características. 4. Apresenta 1 a 2 características. 5. Nenhuma característica apresentada. | 1° | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | para dormir; - Apresenta sonolência diurna e distúrbios durante o dia. | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Controle da dor (1605): Ações pessoais para controlar a dor.

| INDICADORES | Definição Operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | NUNCA DEMONSTRADO | RARAMENTE DEMONSTRADO | ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO | FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO | CONSISTENTEMENTE DEMONSTRADO | OBS |
|--|---|--|-----|-------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Reconhecimento do início da dor (160502) Definição conceitual: Capacidade de o paciente reconhecer quando a dor se inicia. | Perguntar ao paciente se ele sabe identificar quando iniciou a dor. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca reconhece. 2. Raramente reconhece o início da dor. 3. Algumas vezes reconhece o início da dor. 4. Frequentemente reconhece o início da dor. 5. Sempre reconhece o início da dor. | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |
| | | | 6º | | | | | | |
| | | | 7º | | | | | | |
| Descrição dos fatores causadores (160501) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente descrever os fatores causadores da dor. | Solicitar ao paciente que descreva os fatores causadores da dor, como por exemplo: - Mudança de posição; - Excesso de calor; - Excesso de frio; - Movimentos; - Tosse; - Respiração; - Analgésica inadequada; - Repouso prejudicado; - Lesão/tumor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Não sabe descrever os fatores. 2. Consegue descrever 1 a 2 dos fatores. 3. Consegue descrever 3 a 4 dos fatores. 4. Consegue descrever 5 a 7 dos fatores. 5. Consegue descrever 8 ou mais os fatores. | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |
| | | | 6º | | | | | | |
| | | | 7º | | | | | | |
| Uso de medidas de alívio não | Observar/perguntar se paciente usa métodos ou técnicas para prevenção e / ou | <ol style="list-style-type: none"> 1. Não utiliza medidas. 2. Utiliza 1 a 2 medidas. | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| analgésico (160504) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente usar métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos. | tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos, como por exemplo: - Realiza relaxamento (diminuir tensão muscular); - Realiza estratégias para desviar atenção; - Realiza aplicação de frio e calor; - Realiza exercícios (movimentos de alongamento e resistência); - Restringi e limita movimentos quando necessários; - Realiza massagem em partes do corpo; - Aplica de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eletrodos na pele; - Realiza toque terapêutico. | 3. Utiliza 3 a 5 medidas 4. Utiliza 6 a 8 medidas. 5. Utiliza 8 ou mais medidas. | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |

Estado de Conforto (2008): *Conforto geral físico, espiritual, sociocultural, e ambiental e segurança de um indivíduo.*

| INDICADORES | Definição operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | QUASE NUNCA COMPROMETIDO | MUITO COMPROMETIDO | MODERADAMENTE COMPROMETIDO | LEVEMENTE COMPROMETIDO | NÃO COMPROMETIDO | OBS |
|----------------------------------|----------------------------------|---|-----|--------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------|------------------|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Bem-estar físico (200801) | Observar se o paciente apresenta | 1. Nenhum bem-estar físico. 2. Apresenta 1 a 2 | 1° | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Definição conceitual: Estado de conforto geral físico. | características de bem-estar físico, como por exemplo: - Boa mobilidade física; - Sente-se confortável; - Respiração normal; - Controle de fadiga; - Apresentar apetite; - Controle de náuseas vômitos; - Qualidade do sono. | características de bem-estar físico 3. Apresenta 3 a 4 características de bem-estar físico 4. Apresenta 5 a 6 características de bem-estar físico 5. Apresenta 7 ou mais características de bem-estar físico. | 4° | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |
| Bem-estar psicológico (200803) Definição conceitual: Estado em que a pessoa está bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis. | Observar se o paciente apresenta características de bem-estar psicológico, como por exemplo: - Atitudes positivas em relação a si próprio; - Crescimento, desenvolvimento e autorrealização; - Integração e resposta emocional; - Autonomia e autodeterminação; - Percepção apurada da realidade; - Domínio ambiental e competência social. | 1. Não apresenta bem-estar psicológico. 2. Apresenta 1 característica de bem-estar psicológico. 3. Apresenta 2 características de bem-estar psicológico. 4. Apresenta 3 características de bem-estar psicológico. 5. Apresenta 4 ou mais características de bem-estar psicológico. | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |
| Apoio social da família (200806) | Perguntar/observar ao paciente se a família proporciona | 1. Não recebe apoio social da família. 2. Recebe 1 tipo de | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Definição conceitual: Existe familiar, embora leigo, eu assumo a responsabilidade pelas necessidades físicas e emocionais do outro que está incapacitado de se cuidar.</p> | <p>apoio social caracterizado pelos exemplos: - Administração de sintomas e de conforto, com abordagens não farmacológicas; - Busca de informação sobre a doença, tratamento, estratégias para resolução de problemas e recursos; - Apoia emocional (afeto, companhia, aconselhamento, ajuda prática, ou auxílio financeiro); - Apoia na orientação de problemas oferecendo cuidados diretos (higiene, alimentação); - Apoia indiretamente (acompanhamento acatando que cabe à família a responsabilidade de cuidar dos seus membros).</p> | <p>apoio social da família. 3. Recebe 2 tipos de apoio social da família. 4. Recebe 3 tipos de apoio social da família. 5. Recebe todo apoio social da família.</p> | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |
| <p>Capacidade de comunicar as necessidades (200812) Definição conceitual: Caracteriza-se pela capacidade do paciente em comunicar suas necessidades.</p> | <p>Observar se o paciente consegue e como comunica suas necessidades: - Físicas; - Psicológicas; - Espirituais; - Ambientais; - De segurança. Essa comunicação deve ser percebida, tanto a partir da</p> | <p>1. Nenhuma, não tem capacidade de comunicar as necessidades. 2. Capacidade de comunicar 1 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fúrias de dor) 3. Capacidade de comunicar 2 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fúrias de dor e solicita apoio</p> | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | |
| | | | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>linguagem verbal quanto da não verbal e, dessa forma, compreender as necessidades reais do paciente. Observar sinais, gestos, movimentos, choro, gemido, fâcias, silêncio, linguagem própria que podem expressar mensagens.</p> | <p>psicológico)</p> <p>4. Capacidade de comunicar 3 das necessidades (ex: comunica dor através de gemido, fâcias de dor, solicita apoio psicológico e pede melhoria de colchão)</p> <p>5. Capacidade de comunicar todas as necessidades.</p> | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bem-Estar Pessoal (2002): *Alcance da percepção positiva da própria condição de saúde.*

| INDICADORES | Definição Operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | SEM UM POUCO SATISFEITO | UM POUCO SATISFEITO | MODERADAMENTE SATISFEITO | MUITO SATISFEITO | COMPLETAMENTE SATISFEITO | OBS |
|--|--|---|-----|-------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Relações sociais (200203) Definição conceitual: Caracteriza-se pela forma como o paciente se relaciona com a família, equipe e outros. | Observar/perguntar qual o grau de satisfação do paciente com as relações com familiares, equipe de saúde e outros. | <p>1. Nenhuma satisfação, pois não tem bom relacionamento com todos.</p> <p>2. Pouca satisfação, pois NÃO tem bom relacionamento com a maioria das pessoas.</p> <p>3. Alguma satisfação, pois tem bom relacionamento com algumas pessoas.</p> <p>4. Muita satisfação, pois TEM bom relacionamento com a maioria das pessoas.</p> <p>5. Completa satisfação, pois tem bom relacionamento com todos.</p> | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |
| | | | 6º | | | | | | |
| | | | 7º | | | | | | |

Vontade de Viver (1206): *Desejo, determinação e esforço para sobreviver.*

| INDICADORES | Definição operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | GRA VEMENTE | MUITO | MODERADAMENTE | LEVEMENTE | NÃO | OBS |
|---|---|--|-----|-------------|-------|---------------|-----------|-----|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Expressão de determinação para viver/esperança (120601/120602) Definição conceitual: Caracteriza-se por o paciente expressar determinação na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida. | Observar no paciente as expressões de determinação para viver e de esperança, como por exemplo: - Quer realizar estratégias para manejo de sintomas; - Aceita tratamento oferecido pela equipe; - Apresenta pensamentos positivos sobre a vida; - Faz planos prevendo vida após a alta; - Aceita visitas dos familiares. | 1 Nenhuma expressão de determinação para viver/esperança. 2 Apresenta 1 expressão de determinação para viver/esperança. 3 Apresenta 2 expressões de determinação para viver/esperança. 4 Apresenta 3 a 4 expressões de determinação para viver/esperança. 5 Apresenta 5 ou mais expressões de determinação para viver/esperança. | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |
| | | | 6º | | | | | | |
| | | | 7º | | | | | | |

Satisfação do Cliente: Controle da Dor (3016): Alcance da percepção positiva dos cuidados de enfermagem para aliviar a dor.

| INDICADORES | Definição operacional | Magnitude da definição operacional | DIA | NEM UM POUCO | UM POUCO | MODERADAMENTE | MUITO | COMPLETAMENTE | OBS |
|--|--|---|-----|--------------|----------|---------------|-------|---------------|-----|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nível da dor monitorado com regularidade (301602) Definição conceitual: Caracteriza-se pela regularidade com que a enfermagem monitora o nível de dor do paciente. | Perguntar ao paciente qual seu grau de satisfação com a equipe de enfermagem no que diz respeito a regularidade (3 vezes ao dia) que monitora o nível de dor. <i>A enfermagem monitora a dor de manhã, de tarde e</i> | 1. Insatisfeito, nenhuma monitoração ao dia. 2. Pouca satisfação. 3. Alguma satisfação. 4. Muita satisfação. | 1º | | | | | | |
| | | | 2º | | | | | | |
| | | | 3º | | | | | | |
| | | | 4º | | | | | | |
| | | | 5º | | | | | | |
| | | | 6º | | | | | | |
| | | | 7º | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | <i>de noite?</i> | 5. Completa satisfação. | | | | | | | | |
| Ações implementadas para aliviar e prevenir a dor/desconforto (301604/301605) Definição conceitual: Caracteriza-se por ações implementadas pela equipe de enfermagem para aliviar a dor/desconforto do paciente. | Perguntar ao paciente qual grau de satisfação com as ações de enfermagem implementadas para aliviar e prevenir sua dor/desconforto como por exemplo: - Realiza avaliação da dor; - Promove o repouso/sono adequados; - Encoraja o paciente a discutir sua experiência de dor; - Controla fatores ambientais capazes de influenciar no desconforto; - Reduzi ou elimina os fatores que aumentem a dor; - Respeita administração da medicação em intervalos fixos; - Oferece medidas não farmacológicas; - Oferece apoio psicológico; - Envolve o cuidador ou família na definição e reajustamento do plano terapêutico; - Notifica o médico se as medidas não forem bem sucedidas. | 1. Insatisfeito, ações não são implementadas. | | | | | | | | |
| | | 2. Pouca satisfação com as ações são implementadas. | 1° | | | | | | | |
| | | | 2° | | | | | | | |
| | | | 3° | | | | | | | |
| | | | 4° | | | | | | | |
| | | 3. Alguma satisfação com as ações são implementadas. | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | | | 7° | | | | | | | |
| | | 4. Muita satisfação com as ações são implementadas. | 5° | | | | | | | |
| | | | 6° | | | | | | | |
| | 7° | | | | | | | | | |
| | | 5. Completa satisfação com as ações são implementadas. | | | | | | | | |

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (ENFERMEIROS 1ª ETAPA)

Solicito sua colaboração para participar da primeira etapa da pesquisa intitulada “**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA E DOR CRÔNICA SOB CUIDADOS PALIATIVOS**”, que tem por objetivo **verificar a aplicabilidade clínica dos resultados propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para os diagnósticos de enfermagem Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos**. Este estudo permitirá aos enfermeiros avaliar como os pacientes com dor de origem oncológica respondem aos cuidados implementados pela enfermagem.

Para sua participação na pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário contendo seus dados de identificação, bem como, sua opinião acerca de resultados e indicadores NOC que julga prioritários na avaliação dos pacientes em cuidados paliativos com dor aguda ou crônica em internação hospitalar.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. Não são conhecidos quaisquer riscos ou desconfortos relacionados à sua participação nesta etapa da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato telefônico/e-mail do pesquisador responsável, podendo esclarecer as suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do enfermeiro participante: _____

Assinatura do enfermeiro participante: _____

Data: _____/_____/_____

Para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos, ou ainda, desistência de participação na pesquisa, pode entrar em contato nos telefones abaixo:

- Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) - 1º andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Amália de Fátima Lucena - telefone: (51) 33597863

- Comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – telefone: (51) 33598304

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (ENFERMEIROS 2ª ETAPA)

Solicito sua colaboração para participar da segunda etapa da pesquisa intitulada “**APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA E DOR CRÔNICA SOB CUIDADOS PALIATIVOS**”, que tem por objetivo **verificar a aplicabilidade clínica dos resultados propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para os diagnósticos de enfermagem Dor Aguda e Dor Crônica em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos**. Este estudo permitirá aos enfermeiros avaliar como os pacientes com dor de origem oncológica respondem aos cuidados implementados pela enfermagem.

Para sua participação na pesquisa, será necessário que avalie, através de resultados e indicadores da NOC, pacientes oncológicos internados em uma unidade de cuidados paliativos com os DEs Dor Aguda e Crônica segundo a NANDA-I.

Seus registros serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que atua profissionalmente. Não são conhecidos quaisquer riscos ou desconfortos relacionados à sua participação nesta etapa da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo esclarecer as suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do enfermeiro participante: _____

Assinatura do enfermeiro participante: _____

Data: _____/_____/_____

Para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos, ou ainda, desistência de participação na pesquisa, pode entrar em contato nos telefones abaixo:

- Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) - 1º andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Amália de Fátima Lucena - telefone: (51) 33597863

- Comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – telefone: (51) 33598304

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PESQUISADO)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“APLICABILIDADE DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR AGUDA OU CRÔNICA DE ORIGEM ONCOLÓGICA”**, que tem por objetivo **avaliar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem, conforme descritos pela NOC, para os diagnósticos de Dor Aguda e Dor Crônica de origem oncológica.** Este estudo permitirá aos enfermeiros avaliar como os pacientes com dor de origem oncológica respondem aos cuidados implementados pela enfermagem.

Sua participação é voluntária, não envolvendo qualquer custo ou remuneração e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados. Se o Sr. (a) aceitar a participação neste estudo, será examinado diariamente por duas enfermeiras que irão lhe avaliar em relação ao sintoma da dor. Desde o início da internação até sete dias ou o momento de sua alta. O tempo do exame será em torno de 15 a 20 minutos.

Suas informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Não será realizado nenhum procedimento ou intervenção que traga risco conhecido a sua saúde. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa são de que os enfermeiros poderão estabelecer cuidados de enfermagem direcionados a pacientes com dor de origem oncológica de forma mais efetiva

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do pesquisado: _____

Assinatura do pesquisado: _____

Data: _____/_____/_____

Para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos, ou ainda, desistência de participação na pesquisa, pode entrar em contato nos telefones abaixo:

- Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) - 1º andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Amália de Fátima Lucena - telefone: (51) 33597863

- Comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – telefone: (51) 33598304

ANEXO A – RESULTADOS DE ENFERMAGEM SUGERIDOS E ADICIONAIS ASSOCIADOS PARA OS DIAGNÓSTICO DOR AGUDA E DOR CRÔNICA NOC

| Diagnóstico de Enfermagem | Nível de ligação | Resultado | Indicadores |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|--|
| Dor Aguda e Dor Crônica | SUGERIDO | Controle da dor | <ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento do início da dor Descrição dos fatores causadores Uso de um diário para monitorar os sintomas ao longo do tempo Uso de medidas preventivas Uso de medidas de alívio não analgésico Uso de analgésico conforme recomendação Relato de mudanças nos sintomas da dor ao profissional de saúde Relato de sintomas não controlados ao profissional de saúde Uso de recursos disponíveis Reconhecimento dos sintomas associados da dor Relato de dor controlada |
| Dor Aguda | SUGERIDO | Estado de Conforto: Físico | <ul style="list-style-type: none"> Controle de sintomas Bem-estar físico Relaxamento muscular Posição confortável Roupas confortáveis Apresentação e higiene pessoais Ingestão de alimentos Ingestão de líquidos Nível de energia Temperatura do corpo Permeabilidade da via aérea Saturação de oxigênio Prurido Respiração difícil Fome de ar Síndrome das pernas inquietas Dores musculares Dor de cabeça Náusea Vômito Incontinência urinária Incontinência intestinal Diarreia Constipação |
| Dor Aguda e Dor Crônica | SUGERIDO | Nível de Desconforto | <ul style="list-style-type: none"> Dor Ansiedade |

| | | | |
|-------------------------|----------|--------------|--|
| | | | <p>Lamúrias Sofrimento Derrotismo Estresse Medo Depressão Alucinações Ideias delirantes Pensamentos paranoicos Comportamentos obsessivo-compulsivos Hiperatividade Inquietação Síndrome das pernas inquietas Urticária Dores musculares Caretas Tensão facial Sensibilidade de rebote Movimentos espasmódicos Posição insatisfatória do corpo Respiração difícil Fome de ar Perda do apetite Calafrios Hipotermia Náusea Vômito Diarreia Incontinência intestinal Constipação Incontinência urinária Incapacidade de comunicar-se Pensamentos suicidas Perda da fé Sensação de abandono espiritual</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | SUGERIDO | Nível da Dor | <p>Dor relatada Duração dos episódios de dor Ato de esfregar a área afetada Suspiros e choro Expressões faciais de dor Inquietação Agitação Irritabilidade Encolhimento</p> |

| | | | |
|-----------|----------|-------------------|--|
| | | | <p>Lacrimejamento Diaforese Passadas compassadas de um lado a outro Estreitamento do foco Tensão muscular Perda do apetite Náusea Intolerância aos alimentos Frequência respiratória Frequência cardíaca apical Frequência pulsar radial Pressão arterial Transpiração</p> |
| Dor Aguda | SUGERIDO | Nível de Estresse | <p>Pressão arterial aumentada Frequência de pulso radial aumentada Frequência respiratória aumentada Pupilas dilatadas Tensão muscular aumentada no pescoço, nos ombros e nas costas Dor de cabeça tensional Palmas das mãos suadas Boca e garganta secas Diarreia Frequência urinária Mudança na ingestão de alimentos Perturbação estomacal Inquietação Distúrbio do sono Interrupção do processo de pensamento Esquecimento Erros cognitivos frequentes Atenção diminuída a detalhes Incapacidade de concentrar-se nas tarefas Repentes emocionais Irritabilidade Depressão Ansiedade Desconfiança Pensamentos opressivos Episódio de <i>flashback</i> Dissociação Comportamento compulsivo Uso aumentado do álcool Uso aumentado de medicação psicotrópica Aumento do fumo</p> |

| | | | |
|-------------|----------|-----------------------------------|--|
| | | | <p>Redução da produtividade</p> <p>Aumento da frequência de acidentes</p> <p>Mudança na libido</p> |
| Dor Aguda | SUGERIDO | Sinais Vitais | <p>Temperatura Corporal</p> <p>Frequência cardíaca apical</p> <p>Ritmo cardíaco apical</p> <p>Frequência do pulso radial</p> <p>Frequência respiratória</p> <p>Ritmo respiratório</p> <p>Pressão arterial sistólica</p> <p>Pressão arterial diastólica</p> <p>Pressão de pulso</p> <p>Profundidade da inspiração</p> |
| Dor Crônica | SUGERIDO | Dor: Efeitos Nocivos | <p>Comprometimento das relações interpessoais</p> <p>Desempenho do papel prejudicado</p> <p>Concentração prejudicada</p> <p>Humor prejudicado</p> <p>Falta de paciência</p> <p>Sono interrompido</p> <p>Perturbação da rotina</p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> <p>Autocuidado prejudicado</p> <p>Perda do apetite</p> <p>Eliminação urinária prejudicada</p> <p>Eliminação intestinal prejudicada</p> <p>Ausências do trabalho</p> <p>Ausência da escola</p> <p>Dificuldade para manter emprego</p> <p>Atividades de brincadeira</p> <p>Atividades de lazer</p> <p>Produtividade no trabalho</p> <p>Produtividade na escola</p> <p>Satisfação de vida</p> <p>Sensação de controle</p> <p>Sentimento de esperança</p> |
| Dor Crônica | SUGERIDO | Dor: Resposta Psicológica Adversa | <p>Lentidão dos processos de pensamento</p> <p>Prejuízo da memória</p> <p>Interferência na concentração</p> <p>Indecisão</p> <p>Sofrimento decorrente da dor</p> <p>Preocupação relacionada com tolerância da dor</p> <p>Preocupação relacionada com sobrecarregar os outros</p> |

| | | | |
|-------------|----------|--------------------|---|
| | | | <p>Preocupação a acerca do abandono</p> <p>Depressão</p> <p>Ansiedade</p> <p>Tristeza</p> <p>Impotência</p> <p>Desesperança</p> <p>Sentimento de desvalorização</p> <p>Sensação de isolamento</p> <p>Medo de procedimentos e equipamento</p> <p>Medo de dor insuportável</p> <p>Incomodo decorrente do efeito perturbador da dor</p> <p>Pensamentos suicidas</p> <p>Pensamentos pessimistas</p> <p>Amargura voltada aos outros</p> <p>Raiva decorrente dos efeitos incapacitantes da dor</p> |
| Dor Crônica | SUGERIDO | Nível de Depressão | <p>Humor depressivo</p> <p>Perda de interesse pelas atividades</p> <p>Eventos negativos de vida</p> <p>Falta de prazer na atividades</p> <p>Concentração prejudicada</p> <p>Culpa inadequada</p> <p>Culpa excessiva</p> <p>Fadiga</p> <p>Sentimentos de desvalorização</p> <p>Retardo psicomotor</p> <p>Agitação psicomotora</p> <p>Insônia</p> <p>Hiperinsônia</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Perda de peso</p> <p>Aumento de apetite</p> <p>Redução de apetite</p> <p>Pensamentos recorrentes de morte</p> <p>Pensamentos recorrentes de suicídio</p> <p>Indecisão</p> <p>Tristeza</p> <p>Repentes de choro</p> <p>Raiva</p> <p>Desesperança</p> <p>Solidão</p> <p>Autoestima baixa</p> <p>Libido diminuída</p> <p>Nível de atividade diminuído</p> <p>Falta de espontaneidade</p> |

| | | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| | | | <p>Irritabilidade</p> <p>Uso recreativo de drogas</p> <p>Aumento do uso de álcool</p> <p>Higiene/apresentação pessoal insatisfatória</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Apetite | <p>Desejo de comer</p> <p>Desejo intenso por comer</p> <p>Satisfação com a comida</p> <p>Sabor agradável dos alimentos</p> <p>Relata energia para alimentar-se</p> <p>Ingestão de alimentos</p> <p>Ingestão de nutrientes</p> <p>Ingestão de líquidos</p> <p>Estímulo para alimentar-se</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Bem-Estar Pessoal | <p>Desempenho das atividades da vida diária</p> <p>Desempenho dos papéis usuais</p> <p>Saúde psicológica</p> <p>Relações sociais</p> <p>Vida espiritual</p> <p>Saúde física</p> <p>Estado cognitivo</p> <p>Capacidade de enfrentar</p> <p>Capacidade de relaxar</p> <p>Nível de felicidade</p> <p>Capacidade de expressar as emoções</p> <p>Capacidade de controlar as atividades</p> <p>Oportunidades de escolha(s) de cuidado de saúde</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Conhecimento: controle da dor | <p>Causas e fatores colaboradores da dor</p> <p>Sinais e sintomas de dor</p> <p>Estratégias de controle da dor</p> <p>Estratégias de controle da dor crônica</p> <p>Regime medicamentoso prescrito</p> <p>Uso correto da medicação prescrita</p> <p>Uso correto da medicação não prescrita</p> <p>Uso seguro da medicação prescrita</p> <p>Efeitos terapêuticos dos medicamentos</p> <p>Efeitos secundários dos medicamentos</p> <p>Efeitos adversos dos medicamentos</p> <p>Interações potenciais dos medicamentos</p> <p>Interação potencial da medicação com outros agentes</p> <p>Questões de segurança relacionadas com a medicação</p> <p>Armazenagem correta da medicação</p> <p>Importância da obediência ao regime de medicamentos</p> <p>Importância de informar o profissional de saúde sobre todos os medicamentos atualmente em uso</p> |

| | | | |
|-------------------------|---------------------|----------------------|---|
| | | | <p>Restrições à atividade</p> <p>Precauções relacionadas com a atividade</p> <p>Técnicas efetivas de posicionamento</p> <p>Técnicas efetivas de relaxamento</p> <p>Imagem orientada efetiva</p> <p>Recreação eficiente</p> <p>Aplicação efetiva de calor/frio</p> <p>Estimulação elétrica eficiente</p> <p>Técnicas efetivas de meditação</p> <p>Benefícios da estimulação elétrica transcutânea de nervos (TENS)</p> <p>Benefícios da hipnose</p> <p>Benefícios da acupuntura</p> <p>Benefícios do <i>biofeedback</i></p> <p>Benefícios da massagem</p> <p>Benefícios da automonitorização contínua da dor</p> <p>Benefícios da perda de peso para reduzir a dor</p> <p>Benefícios de controle preventivo da dor</p> <p>Estratégias de controle preventivo da dor</p> <p>Quando obter assistência de um profissional de saúde</p> <p>Grupos de apoio disponíveis</p> <p>Recursos disponíveis na comunidade</p> <p>Fatores respeitáveis de informação</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Controle de sintomas | <p>Monitoração do início dos sintomas</p> <p>Monitoração da persistência dos sintomas</p> <p>Monitoração da gravidade dos sintomas</p> <p>Monitoração frequência dos sintomas</p> <p>Monitoração da variação dos sintomas</p> <p>Uso de medidas preventivas</p> <p>Uso de medidas de alívio dos sintomas</p> <p>Obtenção de cuidados de saúde diante de ocorrência de sinais de alerta</p> <p>Uso de recursos disponíveis</p> <p>Uso de diário para monitorar os sintomas ao longo tempo</p> <p>Relato de sintomas controlados</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Estado de Conforto | <p>Bem-estar físico</p> <p>Controle de sintomas</p> <p>Bem-estar psicológico</p> <p>Ambiente físico</p> <p>Temperatura do ambiente</p> <p>Apoio social da família</p> <p>Apoio social dos amigos</p> <p>Relações sociais</p> <p>Vida espiritual</p> <p>Cuidados coerentes com as crenças culturais</p> |

| | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------------------------|--|
| | | | <p>Cuidados coerentes com as necessidades</p> <p>Capacidade de comunicar as necessidades</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Gravidade de Náusea e Vômitos | <p>Frequência de náusea</p> <p>Intensidade da náusea</p> <p>Sofrimento decorrente da náusea</p> <p>Frequência das ânsias de vômito</p> <p>Intensidade das ânsias de vômito</p> <p>Sofrimento causado pelas ânsias de vômito</p> <p>Frequência do vômito</p> <p>Intensidade do vômito</p> <p>Sofrimento causado pelo vômito</p> <p>Secreção excessiva de saliva</p> <p>Alteração no paladar</p> <p>Intolerância a cheiros</p> <p>Perda de peso</p> <p>Azia</p> <p>Dor gástrica</p> <p>Vômito em jato</p> <p>Sangue na êmese</p> <p>Êmese tipo café moído</p> <p>Odor fecal na êmese</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Gravidade dos Sintomas | <p>Intensidade dos sintomas</p> <p>Frequência dos sintomas</p> <p>Persistência dos sintomas</p> <p>Desconforto associado</p> <p>Inquietação associada</p> <p>Medo associado</p> <p>Ansiedade associada</p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> <p>Desempenho do papel prejudicado</p> <p>Relações interpessoais prejudicadas</p> <p>Humor prejudicado</p> <p>Alegria de viver comprometida</p> <p>Sono inadequado</p> <p>Déficit do sono</p> <p>Perda do apetite</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Gravidade dos Sintomas: Perimenopausa | <p>Irregularidade menstrual</p> <p>Cólicas</p> <p>Fogachos</p> <p>Suores noturnos</p> <p>Ressecamento vaginal</p> <p>Oscilações de humor</p> <p>Fluxo menstrual</p> <p>Insônia</p> |

| | | | |
|-----------|---------------------|--|---|
| | | | <p>Fadiga</p> <p>Dor musculoesquelética</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Líbido diminuída</p> <p>Palpitações cardíacas</p> <p>Vertigem</p> <p>Mudanças de memória</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Gravidade dos Sintomas: Tensão Pré-menstrual (TPM) | <p>Inchaço abdominal</p> <p>Cólicas</p> <p>Padrões intestinais interrompidos</p> <p>Eliminação urinária reduzida</p> <p>Acne</p> <p>Ansiedade</p> <p>Dor nas costas</p> <p>Sensibilidade mamária</p> <p>Energia diminuída</p> <p>Depressão</p> <p>Retenção de líquidos</p> <p>Desejo forte de comer</p> <p>Dores de cabeça</p> <p>Insônia</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Oscilações do humor</p> <p>Náusea</p> <p>Vertigem</p> <p>Vômito</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Nível de Ansiedade | <p>Agitação</p> <p>Andar de um lado a outro</p> <p>Torcer as mãos</p> <p>Nervosismo</p> <p>Desconforto</p> <p>Tensão muscular</p> <p>Tensão facial</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Indecisão</p> <p>Repentes de raiva</p> <p>Comportamento problemático</p> <p>Dificuldade de concentração</p> <p>Dificuldade de aprendizagem</p> <p>Dificuldade para resolver problemas</p> <p>Ataques de pânico</p> <p>Apreensão verbalizada</p> <p>Ansiedade verbalizada</p> <p>Preocupação exagerada sobre eventos da vida</p> |

| | | | |
|-----------|---------------------|---------------------------|--|
| | | | <p>Pressão arterial aumentada</p> <p>Frequência de pulsações aumentada</p> <p>Frequência respiratória aumentada</p> <p>Pupilas dilatadas</p> <p>Sudorese</p> <p>Tontura</p> <p>Fadiga</p> <p>Produtividade diminuída</p> <p>Desempenho escolar diminuído</p> <p>Introspecção</p> <p>Distúrbios do padrão sono</p> <p>Mudanças no padrão intestinal</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Nível de Medo | <p>Desconforto</p> <p>Tendência a culpar os outros</p> <p>Autoabsorção</p> <p>Falta de confiança</p> <p>Inquietação</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Repentes de raiva</p> <p>Dificuldade de concentração</p> <p>Dificuldade de aprendizagem</p> <p>Dificuldade para solucionar problemas</p> <p>Campo de percepção diminuído</p> <p>Inadequação percebida nas relações interpessoais</p> <p>Preocupação exagerada com os eventos da vida</p> <p>Antecipação de atenção nos eventos da vida</p> <p>Antecipação da atenção na fonte de medo</p> <p>Pressão arterial aumentada</p> <p>Frequência de pulso radial aumentada</p> <p>Frequência respiratória aumentada</p> <p>Pupilas dilatadas</p> <p>Sudorese</p> <p>Sensação de desmaio</p> <p>Tensão muscular</p> <p>Tensão facial</p> <p>Eliminação freqüente de urina</p> <p>Diarréia</p> <p>Incapacidade para dormir</p> <p>Palidez</p> <p>Fadiga</p> <p>Retraimento</p> |
| Dor Aguda | ADICIONAL ASSOCIADO | Recuperação de queimadura | <p>Granulação tissular</p> <p>Perfusão tissular do local da queimadura</p> <p>Percentual de queimadura cicatrizada</p> |

| | | | |
|-------------------------|---------------------|--|--|
| | ADO | S | <p>Estabilidade da temperatura</p> <p>Estabilidade eletrolítica</p> <p>Equilíbrio hídrico</p> <p>Capacidade de autocuidado</p> <p>Movimento articular das extremidades</p> <p>Tolerância a locomoção</p> <p>Atitude positiva com relação a tocar a parte afetada</p> <p>Adaptação psicológica mudanças na aparência física</p> <p>Adaptação psicológica mudanças na função corporal</p> <p>Dor</p> <p>Cognição diminuída</p> <p>Requisição de medicação para dor</p> <p>Saturação de oxigênio diminuída</p> <p>Dificuldade respiratória</p> <p>Perda de peso</p> <p>Infecção</p> <p>Pele bolhosa</p> <p>Drenagem purulenta</p> <p>Odor desagradável no ferimento</p> <p>Edema no local da queimadura</p> <p>Necrose tissular</p> <p>Edema generalizado</p> <p>Complicações gastrointestinais</p> <p>Eliminação urinária diminuída</p> <p>Necessidade de enxerto no local da queimadura</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Repouso | <p>Quantidade de repouso</p> <p>Padrão de repouso</p> <p>Qualidade do repouso</p> <p>Fisicamente descansado</p> <p>Mentalmente descansado</p> <p>Emocionalmente descansado</p> <p>Energia restaurada após o repouso</p> <p>Aparência descansada</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Satisfação do Cliente: Controle da Dor | <p>Controle da dor</p> <p>Nível da dor monitorado com regularidade</p> <p>Efeitos secundários dos medicamentos monitorados</p> <p>Ações implementadas para aliviar a dor</p> <p>Ações implementadas para oferecer conforto</p> <p>Informações dadas para manejo do uso de medicamentos</p> <p>Preferências pessoais levadas em conta</p> <p>Informações dadas sobre opções para manejo da dor</p> <p>Manejo da dor coerente com crenças culturais</p> <p>Abordagens preventivas usadas no manejo da dor</p> <p>Informações dadas sobre restrições à atividade</p> |

| | | | |
|-------------------------|---------------------|---|---|
| | | | <p>Informações dadas sobre alívio da dor</p> <p>Informações dadas sobre opções para o manejo da dor após a alta</p> <p>Encaminhamentos feitos para grupos de apoio</p> <p>Provedores de saúde que trabalham como uma equipe para o controle do plano</p> <p>Encaminhamento a profissionais de saúde para manejo da dor, conforme a necessidade</p> <p>Questões de segurança abordadas sobre uso de medicação para a dor</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Satisfação do Cliente: Controle de Sintomas | <p>Padrões de sintomas identificados</p> <p>Gravidade de sintomas identificada</p> <p>Duração dos sintomas identificados</p> <p>Investigação da causa dos sintomas</p> <p>Ações implementadas para prevenir os sintomas</p> <p>Reação imediata aos sintomas</p> <p>Cuidados para controle dos sintomas</p> <p>Cuidados para controle da dor</p> <p>Ações implementadas para oferecer conforto</p> <p>Sintomas monitorados com regularidade</p> <p>Monitoração relativa a sintomas comuns</p> <p>Monitoração para controle de sintomas</p> <p>Monitoração relativa a conforto</p> <p>Encaminhamentos feitos a outros provedores de cuidados de saúde</p> |
| Dor Aguda e Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Sono | <p>Horas de sono</p> <p>Horas de sono observadas</p> <p>Padrão de sono</p> <p>Qualidade do sono</p> <p>Eficiência do sono</p> <p>Rotina de sono</p> <p>Ato de dormir durante a noite inteira, de forma consistente</p> <p>Sensações de rejuvenescimento após o sono</p> <p>Acordado nos horários adequados</p> <p>Cama confortável</p> <p>Temperatura confortável no ambiente</p> <p>Achados do eletroencefalograma</p> <p>Achados do eletromiograma</p> <p>Achados do eletro-oculograma</p> <p>Dificuldade para adormecer</p> <p>Sono interrompido</p> <p>Cochilos inadequados durante o dia</p> <p>Apneia do sono</p> <p>Dependência de auxiliares do sono</p> <p>Pesadelos</p> <p>Noctúria</p> <p>Ronco</p> <p>Dor</p> |

| | | | |
|-------------|---------------------|-----------------------------|--|
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Autocontrole e da Depressão | <p>Monitoração da capacidade de concentração</p> <p>Monitoração da intensidade de depressão</p> <p>Identificação de precursores da depressão</p> <p>Planejamento de estratégias para reduzir os efeitos dos precursores</p> <p>Monitoração de manifestações comportamentais da depressão</p> <p>Relato de sono adequado</p> <p>Relato de melhora da libido</p> <p>Monitoração das manifestações físicas de depressão</p> <p>Relato de melhora do humor</p> <p>Manutenção de um peso estável</p> <p>Atendimento ao regime de tratamento</p> <p>Uso de medicação, conforme a prescrição</p> <p>Estabelecimento de metas realistas</p> <p>Atrase grandes decisões até sentir-se melhor</p> <p>Participação de atividades agradáveis</p> <p>Atendimento do plano de exercícios</p> <p>Adesão á agenda da terapia</p> <p>Relato de mudanças nos sintomas a um provedor de cuidados de saúde</p> <p>Evita o uso errado de álcool</p> <p>Evita uso errado de fármacos não prescritos</p> <p>Evita uso recreativo de drogas</p> <p>Mantém higiene pessoal e boa apresentação pessoal</p> |
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Gravidade do Sofrimento | <p>Autoabsorção</p> <p>Depressão</p> <p>Tristeza</p> <p>Impotência</p> <p>Luto</p> <p>Culpa</p> <p>Desesperança</p> <p>Impotência</p> <p>Desvalorização</p> <p>Vulnerabilidade</p> <p>Sofrimento espiritual</p> <p>Desespero</p> <p>Solidão</p> <p>Medo de recorrência</p> <p>Medo de dor insuportável</p> <p>Medo de circunstancias desconhecidas</p> <p>Medo de ficar só</p> <p>Amargura relacionada com os outros</p> |

| | | | |
|-------------|---------------------|-------------------|---|
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Nível de Estresse | <p>Pressão arterial aumentada</p> <p>Frequência de pulso radial aumentada</p> <p>Frequência respiratória aumentada</p> <p>Pupilas dilatadas</p> <p>Tensão muscular aumentada no pescoço, nos ombros e nas costas</p> <p>Dor de cabeça tensional</p> <p>Palmas das mãos suadas</p> <p>Boca e garganta seca</p> <p>Diarreia</p> <p>Frequência urinária</p> <p>Mudança de ingestão de alimentos</p> <p>Perturbação estomacal</p> <p>Inquietação</p> <p>Distúrbio do sono</p> <p>Interrupção do processo de pensamento</p> <p>Esquecimento</p> <p>Erros cognitivos frequentes</p> <p>Atenção diminuída a detalhes</p> <p>Incapacidade de concentra-se nas tarefas</p> <p>Repentes emocionais</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Depressão</p> <p>Ansiedade</p> <p>Desconfiança</p> <p>Pensamentos opressivos</p> <p>Episódios de <i>flashback</i></p> <p>Dissociação</p> <p>Comportamento compulsivo</p> <p>Uso aumentado de álcool</p> <p>Uso aumentado de medicação psicotrópica</p> <p>Aumento do fumo</p> <p>Absenteísmo</p> <p>Redução da produtividade</p> <p>Aumento da frequência de acidentes</p> <p>Mudança na libido</p> |
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Nível de Fadiga | <p>Exaustão</p> <p>Estafa</p> <p>Humor reprimido</p> <p>Perda do apetite</p> <p>Libido diminuída</p> <p>Concentração prejudicada</p> <p>Motivação diminuída</p> <p>Dores de cabeça</p> <p>Dor de garganta</p> |

| | | | |
|-------------|---------------------|-------------------|--|
| | | | <p>Nódulos linfáticos sensíveis</p> <p>Dor muscular</p> <p>Dor nas articulações</p> <p>Mal-estar pós-esforço</p> <p>Nível de estresse</p> <p>Atividades da vida diária</p> <p>Atividades instrumentais da vida diária</p> <p>Desempenho no trabalho</p> <p>Desempenho no modo de vida</p> <p>Qualidade do repouso</p> <p>Qualidade do sono</p> <p>Equilíbrio entre a atividade e repouso</p> <p>Estado de alerta</p> <p>Hematócritos</p> <p>Saturação de oxigênio</p> <p>Função da tireoide</p> <p>Função imunológica</p> <p>Função neurológica</p> <p>Metabolismo</p> |
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Qualidade de Vida | <p>Estado de saúde</p> <p>Circunstâncias sociais</p> <p>Circunstâncias ambientais</p> <p>Privacidade</p> <p>Dignidade</p> <p>Autonomia</p> <p>Estado econômico</p> <p>Nível de educação</p> <p>Vida profissional</p> <p>Relações próximas</p> <p>Alcances de meta de vida</p> <p>Capacidade de enfrentamento</p> <p>Autoconceito</p> <p>Humor extrovertido</p> <p>Independência nas atividades da vida diária</p> |
| Dor Crônica | ADICIONAL ASSOCIADO | Vontade de Viver | <p>Expressão de determinação para viver</p> <p>Expressão de esperança</p> <p>Expressão de otimismo</p> <p>Expressão de sensação de controle</p> <p>Expressão de sentimentos</p> <p>Interesse pela doença de uma pessoa</p> <p>Interesse pelo tratamento de alguém</p> <p>Uso de estratégias para compensar problemas associados á doença</p> <p>Uso de tratamentos para prolongar a vida</p> <p>Uso de estratégias para melhorar a saúde</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | Uso de estratégias para prolongar a vida Depressão Pensamentos suicidas Pensamentos pessimistas |
|--|--|--|--|

**ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA
DO HCPA**



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130229

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

BRUNA SCHRODER MELLO

Título: APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NURSING
OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOR
AGUDA E DOR CRÔNICA SOB CUIDADOS PALIATIVOS

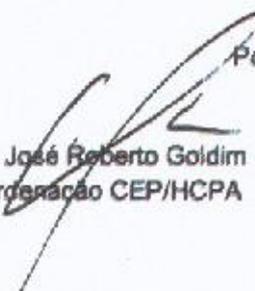
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 25 de junho de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA