

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

CATÁLOGO CIPE[®] PARA DOR ONCOLÓGICA

2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

CATÁLOGO CIPE[®] PARA DOR ONCOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - Campos I, vinculada à área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

João Pessoa - PB

2009

MARISAULINA WANDERLEY ABRANTES DE CARVALHO

CATÁLOGO CIPE[®] PARA DOR ONCOLÓGICA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - UFPB
Orientadora

Profa. Dra. Glauceia Maciel de Farias - UFRN
Membro

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia - UFPB
Membro

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes - UFPB
Membro

RESUMO

Introdução: A dor é um sinal diretamente proporcional a qualidade de vida do paciente oncológico e é descrita muitas vezes como algo mais terrível que a própria doença, chega a ser a segunda causa de medo do paciente após o diagnóstico de câncer, sendo a primeira a morte. Quando não bem controlada, a dor causa desespero e sensação de impotência, desestruturando famílias, desencadeando litígios, gerando desarmonias e interferindo na qualidade de atendimento e recuperação prestada ao doente. Estima-se que 10% a 15% dos doentes de câncer apresentam dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial, na doença metastática aumenta para 25% a 30%, nas fases muito avançadas, 60% a 90% dos pacientes referem dor de intensidade bastante expressiva. Aproximadamente nove milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica. O sofrimento dos doentes é o resultado da vivência da dor associado a incapacidade física, isolamento familiar e da sociedade, preocupações financeiras, o medo da mutilação e da morte. **Objetivo:** Construir um Catálogo CIPE[®] para Dor oncológica visando o oferecimento de uma assistência de enfermagem de qualidade para pacientes com dor oncológica. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de um estudo metodológico de natureza exploratória descritiva, que foi desenvolvido seguindo as seguintes etapas predeterminadas pelo CIE: 1) Identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde que são os pacientes com dor oncológica 2) Documentar a significância para a Enfermagem, 3) Contatar o CIE para identificar colaboração potencial, 4) Usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.0 para compor as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, foram identificadas 152 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e 239 intervenções de enfermagem distribuídas por aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, 5) Desenvolver conteúdo de apoio. **Considerações finais:** A construção do catálogo CIPE[®] proporciona um meio seguro e sistemático para que os enfermeiros que trabalham nesta área ofereçam uma assistência de qualidade a paciente com dor oncológica.

Palavras chaves: Dor, Dor oncológica, Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: pain is a symptom directly proportional to the oncologic patient's life quality. Many times, it is described as being more terrible than the own disease. Also, pain is the second cause of afraid by the patient after the cancer diagnostic. Death is the first one. When not well controlled, pain causes desperation and impotence sensation. This can destroy families, provoke litigious, lack of harmony and, as a consequence, it interferes in the assistance quality and in the recuperation of the ill people. It is estimated that from 10 to 15% of cancer patients present pain in a significant intensity in the initial stage of the disease. In the metastasis one, the numbers grow up to 25 to 30%. And from 60 to 90% of the advanced cases, patients present pain in a very expressive intensity. About nine million people around the world suffer with oncologic pain. The suffering of the patients is the result of their living with pain, associated to their physical incapacity, isolation by the family and society, financial troubles, fear of mutilation and of the death. **Objective:** To build a CIPE catalogue to oncologic pain, intending to offer a nurse assistance with quality for the patients with oncologic pain. **Methodological Procedures:** This study is descriptive, which was developed according to the following steps determined by the CIE: 1) to identify their clients and the health priority to the patients with oncologic pain; 2) To document its importance for the Nursery; 3) To contact the CIE to identify potential collaboration; 4) To use the CIPE's seven basis model, version 1.0, to compound the affirmatives of diagnostics/results and interventions of nursing. It was identified 152 affirmatives of diagnostics/results of nursing and 239 nursing interventions, distributed through physical, psychological, social, cultural and spiritual aspects; 5) To develop contents of support. **Final Considerations:** The built of the CIPE catalogue proportionate a safe and systematic way for the nurses that work in this area offer an assistance of quality for the patients with oncological pain.

Key-words: Pain; Oncologic Pain; Nursery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Conceito de Dor Total	23
Figura 2	Escala visual comportamental de dor	27
Figura 3	Escala Analógica	28
Figura 4	Escada de tratamento de dor da Organização Mundial de Saúde	29
Figura 5	Modelo Sete Eixos da CIPE®	34
Figura 6	Modelo de Dor Oncológica	54
Figura 7	Modelo de Dor Oncológica	79
Figura 8	Diagnósticos/resultados de enfermagem, aspectos físicos, psicológico, sociais, culturais e espirituais	81
Figura 9	Intervenções de enfermagem – aspectos físicos	82
Figura 10	Intervenções de enfermagem – aspectos psicológicos	83
Figura 11	Intervenções de enfermagem – aspectos sociais, culturais e espirituais	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Termos do eixo Foco da CIPE® Versão 1.0. João Pessoa, 2009	45
Quadro 2	Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por termos do eixo Foco da CIPE® Versão 1.0. João Pessoa, 2009.	46
Quadro 3	Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. João Pessoa, 2009.	51
Quadro 4	Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. João Pessoa, 2009.	51
Quadro 5	Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos físicos João Pessoa, 2009.	55

Quadro 6	Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos psicológicos. João Pessoa, 2009.	56
Quadro 7	Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.	57
Quadro 8	Distribuição das Intervenções Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem constantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.	57
Quadro 9	Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem físicas. João Pessoa, 2009.	72
Quadro 10	Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem psicológicas. João Pessoa, 2009.	74
Quadro 11	Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.	76
Quadro 12	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem Aspectos físicos. João Pessoa, 2009.	85
Quadro 13	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem Aspectos psicológicos. João Pessoa, 2009.	88
Quadro14	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem Aspectos sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.	91

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivos	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	Dor	18
2.2	Dor oncológica	23
2.2.1	Classificação da dor oncológica	25
2.2.2	Tratamento da dor oncológica	28
2.3	Classificação Internacional para a prática de enfermagem	31
2.3.1	Perpectiva Histórica	31
2.3.2	Catalogo CIPE®	35
3	MATERIAL E MÉTODOS	39
3.1	Procedimentos Metodológicos e resultado das etapas	39
3.1.1	Identificação da Clientela a que se destina o estudo	40
3.1.2	Documentação da significância para a Enfermagem	41
3.1.3	Contato com o CIE para identificar colaboração potencial	43
3.1.4	Uso do modelo sete eixos da CIPE® Versão 1.0.	44
3.1.4.1	Construção de afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermagem	44
3.1.4.2	Construção das intervenções de Enfermagem	57
3.1.5	Desenvolvimento do conteúdo de apoio	76
4	ESTRUTURA DO CATÁLOGO CIPE® PARA DOR ONCOLÓGICA	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS- Parecer do Comitê de Ética	99

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O câncer se denomina como um complexo de afecções crônico-degenerativas constituído de mais de duzentas doenças diferentes, cada uma com suas características, sintomas e prognósticos. Estas doenças são compostas por células anormais, com rápida divisão celular e que não respondem aos estímulos normais do organismo, têm pouca aderência entre si, passam praticamente ilesas pelo sistema imunológico e tem a capacidade de metastatização, isto é, podem se implantar em outros órgãos próximos ou à distância (BOSCH et al., 1999). Pode-se dizer que é uma das doenças mais temidas e estigmatizadas. Para muitos, o câncer representa uma sentença de morte e os efeitos advindos da própria doença e de seu tratamento podem modificar uma rotina de vida que afeta não, apenas, o portador da neoplasia, mas também seus familiares, seu ambiente de trabalho e a sua vida social.

O câncer se apresenta como um dos maiores problemas de saúde pública que o Brasil enfrenta, nesta década. Nos últimos anos observou-se um crescente aumento na taxa de incidência de neoplasias malignas e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano surgem cerca de sete milhões de casos novos de câncer, fazendo com que esta se torne a segunda causa de morte no país por doença, perdendo, apenas, para as doenças cardiovasculares (BRASIL/INCA, 2006). Dados apontavam uma estimativa de 400 mil novos casos distribuídos entre homens e mulheres para o ano de 2008, muito embora, isto significasse um decréscimo na estimativa, ainda, é um fato que gera preocupação e merece ser considerado. O aumento da expectativa de vida da população e mudanças nos hábitos alimentares contribuem muito para estes índices (BRASIL, 2007).

Preocupados com a situação do Brasil o Ministério da Saúde estabeleceu metas para o controle da dor e cuidados paliativos afirmados por portarias complementares: Portarias de 2002 são todas voltadas preferentemente para o tratamento da Dor Crônica: 19/GM (03/01/2002) - Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; 1.318/GM - Acesso a medicamentos Especiais; 1.319/GM - Criação dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica; 472/SAS - Normas para Cadastramento dos Centros de Tratamento da Dor Crônica; 859/SAS - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Uso de Opiáceos no Tratamento da Dor Crônica e a RDC Anvisa 202 - Receituários para Dispensação de Opiáceos (BRASIL, 2002).

Apesar de ser uma doença de difícil tratamento, se detectado precocemente, o câncer pode levar o paciente a cura, para isto se faz necessário o emprego correto da terapêutica de escolha (BRASIL/INCA, 2002). O prognóstico depende das condições individuais, do diagnóstico precoce, do planejamento terapêutico correto e do seguimento do paciente.

Para o tratamento do câncer dispomos de cinco modalidades terapêuticas: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, que tanto podem ser empregadas separadamente ou em associação. Estas terapias sofreram um considerável avanço, ao longo das últimas décadas elevando de maneira substancial a sobrevivência do paciente e um impacto significativo na sua qualidade de vida, mas se estes benefícios terapêuticos não forem bem conduzidos, podem levar o paciente a sentir um dos piores sintomas apresentado no decorrer da sua doença, a **dor**, que foi identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, como uma prioridade internacional, a qual continua até os dias atuais.

Neste sentido, um avanço a ser lembrado é o lançamento em 1994 das diretrizes da Dor Crônica do Câncer, primeiramente, publicadas pela *Agency for Health Care Research and Practice* (hoje chamada *Agency for Healthcare Research and Quality*) e, então, atualizadas pela *American Pain Society (APS)* em 2005, que tratam da avaliação e do controle da dor crônica do câncer e a reconhecem como um sintoma com impacto na qualidade de vida. Em 2009, a primeira diretriz abrangente de prática clínica foi criada em conjunto pela APS e pela *American Academy of Pain Medicine (AAPM)* para o tratamento da dor crônica não relacionada ao câncer. Esta diretriz afirma que o uso de opióides são seguros e eficazes para pacientes, cuidadosamente, selecionados e bem monitorados (GILSON, 2009).

A dor é conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*) (2007a, p.1) como “[...] uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos”. Para Sousa (2002), a dor, como uma experiência subjetiva, que pode estar associada a dano real ou potencial aos tecidos, é considerada como uma experiência genuinamente pessoal, pois a percepção da dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-emocionais. Para Pimenta (2000), é uma das causas

mais comum de procura por cuidados médicos, e quando não tratada, adequadamente, é responsável pelo aumento de complicações pós-operatórias, pós-traumáticas, prolongamento das internações, aumento dos custos e insatisfação do doente com os tratamentos.

A *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), considerou, desde janeiro do ano 2000, a dor como o quinto sinal vital, o que implica necessariamente sua avaliação e registro, pelos profissionais, da mesma forma como é feito com os demais sinais vitais: pulso, temperatura, pressão arterial e frequência respiratória (PEDROSO; CELICH, 2006).

Silva e Ferrari (2008) ressaltam que este sinal é considerado tão relevante como os demais, sendo necessária sua avaliação no ambiente clínico, principalmente no hospitalar. O prognóstico de muitas patologias e a eficácia no tratamento dependem de uma forma considerável da monitorização da dor.

Segundo a OMS a dor no paciente oncológico se dá, principalmente, devido ao próprio câncer (invasão tumoral), relacionada ao câncer (linfedemas, espasmos muscular, constipação), relacionado ao tratamento anticâncer ou por doenças concomitantes não-oncológicas (WHO, 1996). A dor decorre da ativação de neuroreceptores periféricos (receptores das sensações dolorosas). Os receptores da dor (nociceptores) são terminações nervosas livres na pele, que respondem, apenas, a um estímulo intenso, potencialmente danoso, que pode ser de natureza mecânica térmica e química (SMELTZER; BARE, 2006).

O termo Dor total foi utilizado por Cicely Saunders (citada por PIMENTA; FERREIRA, 2006), para definir a dor do câncer, afirmando que a mesma se reveste de múltiplos fatores e causa significativo impacto na vida, interferindo na qualidade de vida do paciente. A dor oncológica possui características físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Desta forma, não se pode descuidar da queixa álgica de um paciente oncológico, considerando que este pode apresentar ao mesmo tempo mais de um tipo de dor, pois não se trata somente da dor de fundamento fisiopatológico, mas também, a de cunho psicológico e espiritual (SALAMONDE et al., 2006).

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2007, p.70) define dor oncológica como sendo: **normas**

Sensações concorrentes de dores aguda e crônica de diferentes níveis de intensidade associadas à disseminação invasiva das células cancerosas no corpo; consequência do tratamento do câncer incluindo quimioterapia, ou condições relacionadas com o câncer tais como dor na ferida. A dor oncológica é normalmente descrita como imprecisa, ferindo, doendo, assustadora ou insuportável ligada à sensação de dor intensa, acompanhada por dificuldades em dormir, irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desesperança e desamparo.

A dor aguda no paciente oncológico pode ser causada por reações ao tratamento já citadas anteriormente, bem como por processos diagnósticos e invasivos, a dor crônica por sua vez, se dá pela cronicidade do processo patológico.

Segundo Pimenta e Ferreira (2006), a dor é referida por cerca de 60% dos doentes de câncer e 30% a descrevem como moderada ou intensa. Não é de difícil controle, não deve ser passivamente tolerado e seu controle é um direito da pessoa que deve ser atendido pelos profissionais. Para se estudar a dor é de suma importância dividi-la em áreas causais que podem ser físicas, emocionais, sociais e psicológicas. Esta divisão facilita a identificação dos diagnósticos e a construção de intervenções.

A minha experiência, como enfermeira oncológica, iniciou-se em 1996, quando ingressei no programa de residência em enfermagem oncológica do Instituto Nacional do Câncer (INCA), hospital de referência no tratamento do câncer, transplante de medula óssea e cuidados paliativos. Foram dois anos de estudo e de trabalho em que tive a oportunidade de vivenciar as mais diversas e modernas formas de tratar, curar e paliar o câncer. Durante este período, pude perceber que a grande maioria dos pacientes oncológicos sofre de dor aguda ou crônica em algum momento da sua história, uma dor que pode está relacionada ao impacto do diagnóstico, aos procedimentos invasivos ocorridos no decorrer do estadiamento da doença, ao tratamento, aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento, a fatores psicológicos de perda, de incapacidade, de impotência, diante de um diagnóstico considerado por alguns como terrível; de fatores sociais, como afastamento dos familiares, dos amigos, do ambiente de trabalho, fatores religiosos, que alguns atribuem como castigo e outros que não se achavam merecedores de tamanho “estigma”.

Pude perceber, também, que esta dor, muitas vezes, era subestimada e como consequência, subtratada não, apenas, pelos enfermeiros, mas também por outros

profissionais de saúde, que faziam parte, em algum momento, do cuidado e do tratamento destes pacientes. Observei que, muitas vezes, não era realizada uma adequada avaliação do quadro algico e quando avaliados, eram registrados de forma insuficiente, o que levava a uma dor persistente e de difícil controle, acarretando impacto na qualidade de vida, mudança em seu estilo de vida e de suas atividades rotineiras e, às vezes, rejeição ao tratamento. Sabe-se que a dor não deve ser tratada, apenas, com medicamentos e que o entendimento acerca dos aspectos emocionais e sociais que permeiam o problema é imprescindível na determinação da terapêutica e, ainda, a atuação direta do enfermeiro por ser um fator determinante na qualidade dessa assistência.

Ao final dos dois anos de residência em enfermagem oncológica, retornei a João Pessoa-Pb e fui convidada a trabalhar no Hospital Napoleão Laureano, hospital de referência no tratamento de câncer no estado da Paraíba. Na ocasião, chefeei o setor de quimioterapia e continuei convivendo com pacientes queixosos de dor. Lembro-me bem de que víamos a dor como um fato real, porém normal aos nossos olhos. Apesar dessa nossa percepção relativa a dor, alguns questionamentos emergiam: como poderíamos realizar múltiplas punções venosas e o paciente não sentir dor? Como evitar as mucosites? Como evitar as neuropatias periféricas induzidas por algumas drogas? Como um paciente poderia não sentir dor com uma doença tão avançada? Como, na realidade, aceitar esta condição dolorosa sem que houvesse, naturalidade, e sim uma situação que poderia ser revertida e tratada?

Recebíamos pacientes com as mais diversas formas de dor, convivíamos com isso diariamente, fato que, por vezes, nos fazia acreditar que tudo isso era parte de um diagnóstico de câncer. Acreditávamos, erroneamente, que a dor fazia parte deste tipo de clientela, que era comum a pacientes oncológicos sentir dor. De fato, esta é uma afirmativa correta, o que não estava correto era encararmos isto como uma rotina normal e assistir passivamente a este episódio, sem planejar ou implementar uma assistência eficaz; foi então que “abri meus olhos”, mas muitas vezes fiquei de “mãos atadas” convivendo com a dor dos meus pacientes e vendo que o tratamento era ineficaz. As medicações não eram prescritas de forma coerente, não havia a participação de uma equipe multidisciplinar, e tudo isso implicava uma dor não sanada, um paciente sofrendo e uma equipe estressada em ter que conviver com a dor do outro. Percebi então que deveria de fazer algo, e usar a Sistematização da Assistência de Enfermagem de uso

obrigatório pela Enfermagem, conforme preconiza a Resolução **COFEN 272/2002**, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Aliada a essa obrigatoriedade, percebi a necessidade da utilização de uma terminologia de enfermagem para denominar os elementos da prática profissional, para isto escolhi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A partir da leitura sobre esse sistema de classificação, tomei conhecimento dos Catálogos CIPE®, que vêm sendo desenvolvidos pelo Conselho Internacional de Enfermagem, entretanto, questionei: a construção de um catálogo que contemplasse diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, seria um caminho para atender os pacientes com dor oncológica? A partir deste questionamento surgiram outros: como contribuir com o CIE na utilização de uma linguagem que descreva a prática de enfermagem com pacientes oncológicos? A construção de um Catálogo CIPE® poderia ser usado como um instrumento para descrever a prática de enfermagem junto às pacientes com dor oncológica? A utilização desse catálogo proporcionaria uma melhor qualidade de vida a pacientes com dor?

A Enfermagem vem, nessas últimas décadas, buscando sistematizar a assistência de enfermagem, por meio do processo de enfermagem, visando à qualidade da assistência profissional. O uso do processo de enfermagem desencadeou o desenvolvimento de sistemas de classificação para algumas das fases desse processo, ou seja, para os elementos da prática de enfermagem: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Esses sistemas de classificação são instrumentos que proporcionam a utilização de uma linguagem padronizada, que pode ser empregada no processo de raciocínio clínico e terapêutico, para fundamentar a documentação clínica da prática profissional. Dentre as terminologias em enfermagem desenvolvidas, as mais conhecidas são: Taxonomia II da NANDA Internacional; a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); a Classificação dos Cuidados Clínicos de Saúde (CCC); o Sistema de Saúde Comunitária de OMAHA; e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® é uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, para facilitar o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulário existentes. Para o Conselho

Internacional de Enfermagem (CIE), a CIPE[®] constitui um instrumento de informação, para descrever a prática de enfermagem e prover dados, que representem essa prática, nos sistemas de informação em saúde, podendo ser usados para tornarem a prática de enfermagem visível, como também, para descreverem e integrarem a Enfermagem na pesquisa, educação, administração e gestão, e também, no desenvolvimento de políticas dos cuidados de saúde (ICN, 2009).

Esta classificação vem sendo desenvolvida há vinte anos e, durante este período, foram divulgadas várias versões. A CIPE[®] Versão 1.0 apresenta uma estrutura de classificação compreendida por sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos, que deve facilitar ao usuário o acesso às definições e conceitos da CIPE[®], por meio dos quais poderão ser construídos, tanto os diagnósticos, como os resultados e intervenções de enfermagem. Essa versão apresenta, explicitamente, algumas vantagens determinadas pela sua nova estruturação, que é extremamente simplificada, além de resolver alguns problemas das outras versões, como a redundância de termos e as ambiguidades, que eram inerentes à estrutura da versão Beta 2. Além desses benefícios, a CIPE[®] Versão 1.0 permite o mapeamento cruzado de termos locais e das terminologias existentes, por ser um sistema de linguagem de enfermagem unificado e uma terminologia composicional e, conseqüentemente, a construção de Catálogos CIPE[®], entendido como um grupo significativo ou subconjunto de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática de enfermagem (ICN, 2009).

Segundo o CIE, os catálogos CIPE[®] serão suporte, no âmbito mundial, à documentação sistemática da prática de enfermagem, originando conjuntos de dados que podem ser usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e as políticas de saúde. Seu desenvolvimento tornará a CIPE[®] útil no ambiente da prática, por representar subconjuntos de uma terminologia muito ampla, aplicando-se, especificamente, a condições de saúde, fenômenos de enfermagem, ambientes da prática e/ou especialidades da prática. Contribuirá, ainda, para a expansão do uso universal da CIPE[®], uma vez que os usuários poderão compartilhar seus trabalhos e focalizar as variações culturais e linguísticas (ICN, 2009).

Acredita-se que a construção de um Catálogo CIPE[®] para dor oncológica, vai proporcionar meios para que os enfermeiros que trabalham nesta área possam oferecer aos pacientes uma assistência de qualidade, justificando-se então a realização deste

estudo em que constam os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem mais frequentes para melhor atendimento aos pacientes com dor oncológica.

1.1 OBJETIVOS GERAL

- Desenvolver afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizando os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE®;
- Classificar as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem de acordo com o modelo teórico de dor oncológica;
- Construir um Catálogo CIPE® para Dor oncológica visando a prestação de uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade para pacientes com dor oncológica.

REVISÃO
DA
LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo é destinado à descrição da Dor e, particularmente, da Dor oncológica, enfatizando sua classificação e tratamento. Nessa unidade foi feita também uma revisão da literatura sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), apresentando uma perspectiva histórica, o Modelo de Sete Eixos e a construção de Catálogo CIPE[®].

2.1 Dor

Nos últimos anos, estudos vêm sendo realizados na tentativa de se compreender a dor, definir as suas causas e estabelecer o seu controle. A dor como uma sensação, descrita por Melzack (1970), é subjetiva e individual, fato pelo qual se torna difícil descrever a experiência dolorosa vivenciada por si mesmo(a) ou por outra pessoa. É tida como um fenômeno e, como tal, desafia os cientistas na busca pela sua conceitualização (SILVA; ZAGO, 2001).

A palavra Dor, originária do latim *Dolore*, é definida segundo Ferreira (2004), como sendo uma sensação desagradável, variável em intensidade e em extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especializadas em recepção; sofrimento moral, mágoa, pesar, aflição. Blakiston (1995) a define como alteração sensitiva que produz sofrimento ou mal-estar.

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP), que foi criada em 1973, com o propósito de reunir profissionais interessados no estudo da dor, define a dor como uma experiência sensitiva emocional, desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos (IASP, 2007). Esta definição retrata a subjetividade da dor, incluindo o componente emocional exemplificado pela raiva, tristeza, medo, frustração, ansiedade, depressão entre outros; o componente cognitivo avaliativo, representado pelo pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão e outros, e o componente de caráter físico quando a parte sensitiva (neuropatias e nocicepção) está presente. Alguns tipos de comportamento de dor são observados a partir de aspectos físicos como em posturas protetoras, gestos, expressões faciais e verbalizações e de aspectos sócio culturais como atividades de trabalho, contexto

ocupacional, nível de educação, organização social, estilos de vida, estão relacionados com a construção e a percepção da dor (FRUTUOSO; CRUZ, 2004).

Alguns autores, como Budó et al. (2007), afirmam que a dor é uma parte inseparável da vida cotidiana, é um dos sintomas mais presentes na prática dos profissionais de saúde e constitui-se em uma experiência privada e subjetiva, não resultando, apenas, em lesões teciduais, mas em fatores emocionais, individuais e culturais relacionados. Historicamente a dor sempre foi explicada de forma mística e religiosa e tida como parte inseparável do sofrimento e como castigo dos deuses ou ira Divina, conceitos estes vistos ainda nos dias atuais, quando se questiona: o que fiz de errado para merecer esta dor? (MICELI, 2002).

A sensação dolorosa sofre a interferência de mecanismos físicos, psíquicos e individuais, sendo assim cada indivíduo expressa a dor de uma forma singular e única, sofrendo influência de sua condição de saúde e do meio em que vive. (PEDROSO; CELICH, 2006)

A cultura exerce grande influência em todos os aspectos da vida das pessoas e um poderoso efeito na tolerância ou não à dor, fato comprovado em situações nas quais estímulos, que produzem dor insuportável em uma pessoa, podem ser perfeitamente toleráveis em outra (BUDÓ et al. 2007). Sendo assim, a percepção dolorosa e a reação a dor variam entre indivíduos com uma mesma patologia, igual localização e extensão, pois os fatores particulares como, sentimentos e experiências emocionais (mágoa, luto, angústia, temor e culpa) são determinantes dessa sensação, afirmando, assim, a individualidade e a dependência do estado físico e emocional do sujeito em situação de dor (SILVA; ZAGO, 2001).

Alguns autores consideram a dor como uma síndrome resultante da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação com as características individuais como humor, significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e aspectos culturais e afetivos dos indivíduos (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997). Outros autores ressaltam que a dor compreende de três aspectos, o sensitivo discriminativo, relacionados à sensação física, o afetivo motivacional, relacionado à sensação emocional e o cognitivo avaliativo, relacionado ao pensamento (FINNERUP; JENSEM, 2006; MORAES, 2007). Para Sterdeford (1986), a dor é o que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir. Há um significativo número de variáveis, que interferem nas reações psicológicas à dor, como a depressão e a

ansiedade, o que leva o paciente oncológico com uma dor orgânica, sofrer suas consequências por a mesma ser considerada como de causa psíquica, e outros sofrerem investigação excessiva e ter uma dor de origem psíquica.

A dor como sintoma subjetivo, faz parte do ciclo de vida natural do ser humano. É fisiologicamente essencial para a sobrevivência, pois se trata de uma sensação corporal, fazendo parte do ciclo de vida e exercendo função protetora, além de abranger o objetivo básico de sinalização e sobrevivência (KURASHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007). Quando a dor deixa de atender a estes propósitos, passa então a ser tratada como processo patológico. Silva (2007, p. 50) afirma que:

Para psicologia a dor é uma manifestação subjetiva que varia conforme a interpretação do ser humano e que, portanto, varia de indivíduo para indivíduo e, embora aparentemente todos tenham a mesma descrição biológica do fenômeno da dor, as compreensões e interpretações variam conforme a percepção consciente e inconsciente do ser.

Em um sentido mais amplo, a dor deve ser vista e avaliada sob uma visão biopsicossocial, uma visão que vai além da etiologia, das características e dos tipos biológicos, temos que incluir impactos psicológicos, associação com a morte e impactos sociais.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, devendo a mesma ser avaliada e registrada ao mesmo tempo em que os outros sinais vitais como a temperatura, pulso, respiração e pressão arterial o são. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), Comissão de Credenciamento e Classificação determina, ainda, que essa avaliação seja realizada durante todo período de internação. Davis e Walsh (2004 citado por FONTES; JAQUES, 2007) afirmam que pacientes cuja intensidade da dor é avaliada sistematicamente, apresentam uma considerável diminuição do quadro doloroso, quando comparados aos que não são monitorizados e que, ainda, esboçam angústia emocional, tumulto social e comportamento de dor. Apontam, também, que os profissionais de saúde realizam a avaliação e registro da dor de forma insuficiente e menos de 25% dos prontuários contêm informações sobre doses de opióides, doses de salvamento, hábitos intestinais e uso de laxativos, e atribui á má avaliação da dor como causa do seu ineficiente controle.

Segundo Pimenta e Ferreira (2006), a dor persistente acarreta algumas modificações no sistema músculo esquelético, psíquico e neurológico. No primeiro, causa respostas reflexas de contração muscular, a qual, quando mantida causa isquemia tecidual, mais dor e mais contração muscular; o sistema neurológico, mediante a constância do estímulo doloroso, tende a ficar hiperexcitável, aumentar seu campo de recepção, aumentar o número de receptores na membrana neuronal e manter “curtos-circuitos” de estímulos que despolarizam a membrana e gera a dor; e no sistema psíquico, há uma tendência a humor deprimido, ansiedade, raiva, hostilidade e depressão. Afirmam ainda que a dor crônica se caracteriza por ser muito debilitadora, perturbar o sono do paciente e familiares, fazendo todos sofrerem neste contexto.

A dor pode ser classificada, de acordo com a causa e duração, em dor aguda e dor crônica. A dor aguda que pode ser definida ou interpretada como aviso, como o sinalizador de que há perigo de uma lesão ao organismo, cessa com o fator que a desencadeou. A dor crônica pode surgir quando deixa de representar a sua função biológica e passa a exercer uma única função que é a de causar sofrimento ao indivíduo, em seu aspecto físico, emocional, social e financeiro. A dor passa a ser tratada como patologia e não mais como um sintoma (KURASHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

A transmissão da dor se dá pela estimulação dos nociceptores ou receptores de dor, que são terminações nervosas livres, na pele, as quais respondem, apenas, a estímulos intensos e potencialmente lesivos, que podem ser de natureza mecânica, térmica ou química; os nociceptores, também, estão presentes nas articulações, no sistema músculo-esquelético, fásia, tendões e córnea e são capazes de transmitir estímulos dolorosos; já os órgãos internos não contêm terminações nervosas exclusivas para os estímulos dolorosos, quando a dor ocorre é devido a intensa estimulação das fibras multifuncionais ocasionadas por inflamação, alongamento, isquemia, dilatação e espasmos desses órgãos (BRUNNER; SUDDARTH, 2005). A nocicepção é o componente fisiológico da dor e compreende os processos de transdução, transmissão e modulação do estímulo nociceptivo. Uma vez instalado o estímulo nociceptivo, diversas alterações neuroendócrinas acontecem, promovendo um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central e periférico. (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008).

Fisiologicamente, a dor é compreendida a partir do princípio de funcionamento do sistema nervoso, que é perceber as variações energéticas, analisá-las e organizar

respostas de ordem física e psíquica. Isto acontece de forma similar com o estímulo doloroso, ocorrendo o mesmo processamento. Toda lesão tecidual de origem física, térmica ou química é seguida de uma reação inflamatória e resulta na liberação de substâncias químicas, substâncias algio gênicas, as quais excitam as terminações nervosas livres, presentes no sistema nervoso periférico (SNP). Estas substâncias, tais como a Bradicinina, Histamina, Prostaglandinas e íons H⁺ despolarizam a membrana neuronal e emitem o impulso elétrico que é conduzido pelas fibras nervosas, C e A Delta, à medula espinhal. Da medula espinhal a informação dolorosa é encaminhada para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais. (INCA, 2002).

Diversos neurotransmissores estão envolvidos na transmissão da informação nociceptiva, dolorosa ao sistema nervoso central (SNC). Ao sistema reticular do tronco cerebral são atribuídas as respostas de fuga ou ataque, respostas neurovegetativas, presentes nos quadros dolorosos. No tálamo a informação dolorosa é localizada e, especialmente, projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. É nas conexões efetuadas, entre o impulso doloroso e as estruturas do sistema límbico, que são atribuídas á dor o caráter emocional de sofrimento e desconforto, o que é denominado de sensação desagradável citada no conceito de dor. Da representação da dor em áreas corticais, córtex sensitivo inespecífico, frontal e subcorticais resulta a interpretação completa do fenômeno doloroso e a ampla gama de respostas envolvidas neste processo. O sistema nociceptivo tem sua atividade modulada pelo sistema supressor da dor. Este sistema é composto por elementos neuronais da medula espinal, tronco encefálico, tálamo, estruturas subcorticais, córtex cerebral e sistema nervoso periférico (INCA, 2002).

O sistema supressor da dor é composto pelos neurotransmissores, encefalinas que são as morfina endógenas, serotoninas que são os opiáceos endógenos e os serotoninérgicos. A ativação do sistema supressor da dor aumenta a síntese desses neurotransmissores que por meio de tratos descendentes são projetados na substância cinzenta da medula espinhal e ascendentes para estruturas encefálicas, exercendo atividade inibitória sobre os componentes do sistema nociceptivo. O sistema supressor de dor é continuamente ativado por estímulos, que alcançam o sistema nervoso central (SNC) durante a vida diária normal e é ativado pela dor e por aspectos emocionais e

cognitivos, ainda, não completamente conhecidos. A compreensão deste mecanismo é essencial para qualquer ação em analgesia (INCA, 2002).

2.2 Dor oncológica

A dor oncológica foi conceituada pela Dr^a Cicely Saunders como uma dor total. Ela advogava a idéia de que a dor advinda do câncer não era, apenas, uma dor de caráter físico, mas também, emocional, social e espiritual, que estava associada às dimensões de dor de ordem financeira, interpessoal, mental, dor da família e da equipe de saúde. Afirmava, ainda, que a linguagem humana é limitada e falha para descrever todas as possibilidades e paradoxos próprios do impacto que a dor gera no comportamento do paciente, familiares, e profissionais de saúde na evolução da doença (SCHISLER, 1997 apud MENOSSEI; LIMA; CORRÊA, 2008; ARAÚJO et al., 2004).



Fonte: Naime (2009) **REFERÊNCIA**

Figura 1 - Conceito de dor total.

A figura 1 demonstra que a dor oncológica não é meramente física, é uma dor total caracterizada pela influência de aspectos físicos desencadeados pela própria doença, tratamento, doenças paralelas ou pré-existentes e lesões iatrogênicas, de aspectos psicológicos como a depressão e medo, de aspectos sociais como relacionamentos e perdas financeiras e por aspectos espirituais com fatores relacionados a morte e amor.

A dor é um sinal diretamente proporcional à qualidade de vida do paciente e é descrita, muitas vezes, como algo mais terrível que a própria doença, chega a ser a

segunda causa de medo do paciente, após o diagnóstico de câncer, sendo a primeira, a morte. Quando não bem controlada, a dor causa desespero e sensação de impotência, desestruturando famílias, desencadeando litígios, gerando desarmonias e interferindo na qualidade de atendimento e recuperação prestada ao doente (KURASHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

A dor, por si só, é considerada o sintoma mais frequente e temido pelos pacientes oncológicos. Estima-se que 10% a 15% dos doentes de câncer apresentam dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial, este número aumenta com o aparecimento de metástases e a incidência da dor aumenta para 25% a 30% já nas fases muito avançadas da enfermidade, 60% a 90% dos pacientes referem dor de intensidade bastante expressiva. Aproximadamente, nove milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica. Metade dos doentes sente dor em todos os estágios do câncer e 70% em doença avançada. O sofrimento destes é o resultado da vivência da dor associado à incapacidade física, isolamento familiar e da sociedade, preocupações financeiras, o medo da mutilação e da morte (TULLI; PINHEIRO; TEIXEIRA, s/d).

A dor oncológica pode ser considerada um sinal, quando se apresenta com manifestações físicas e evidências objetivas como: náusea, fadiga, anorexia, perda do apetite, mudança na alimentação, expressão facial, relato verbal, posicionamento protetor, insônia, sudorese, vômitos, taquicardia, aumento da pressão arterial, queimação, dilatação pupilar, astenia e taquipneia, desuso; e um sintoma quando aspectos subjetivos surgem acarretando transtornos de ordem psíquica e social, evidenciados por: apatia, agitação, depressão, irritabilidade, choro, gemência, raiva, desesperança, desespero e culpa, negação, não aderência, atitudes sobre dor, atitude sobre o gerenciamento de medicamentos, isolamento social, interação reduzida com o ambiente e restrições nas atividades de trabalho, de lazer e crise familiar (MICELI, 2002).

A dor biológica no paciente com câncer pode acontecer por muitos motivos entre os quais podemos citar o próprio câncer, através da invasão óssea, visceral, do sistema nervoso central, do sistema nervoso periférico e partes moles e, ainda, relacionadas ao câncer como as úlceras de pressão, linfedema, constipação intestinal, tratamento antitumoral e patologias apresentadas antes ou na vigência do câncer como: a osteoartrite e, ainda, decorrente do tratamento antitumoral como as mucosites e neuropatias periféricas (WHO, 1996). Em números vemos que: 46 a 92% são originárias do próprio câncer; 12 a 29% estão relacionadas ao câncer; 5 a 20% provêm

do tratamento antitumoral e 8 a 22% advêm de distúrbios concomitantes (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano cinco milhões de pessoas morrem vítimas de câncer. Destas, quatro milhões morrem com dor não controlada. Esta é uma estatística assustadora e que causa sofrimento desnecessário, pois sabe-se que 90% dos casos de dor no câncer podem ser efetivamente controlados (PIMENTA, 2001). E por que não são? A dor e seu tratamento não é uma prioridade esquecida, estudos mostram que esta tem sido uma das maiores preocupações sociais desde a antiguidade, é citada nos relatos históricos, mais antigos, evidenciados em algumas preces. Achados antropológicos na Babilônia, papiros egípcios, escrituras mecenas e documentos persas sugerem que ela foi, ao longo dos tempos, objeto de esforços no sentido de compreendê-la e controlá-la (KIPEL, 2004).

A falta de um efetivo controle da dor no câncer é evidenciado por algumas barreiras categorizadas como: primeiro as políticas de saúde e legislação inadequadas, que impõem limites à prescrição de morfínicos para o controle da dor; em segundo, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, que subestimam a dor dos pacientes, utilizam regimes analgésicos inadequados e dão menor prioridades aos cuidados paliativos, e em terceiro lugar, os mitos e concepções errôneas de doentes e familiares, principalmente, em relação aos analgésicos morfínicos, incluindo medo de depressão respiratória, tolerância à droga e dependência (PIMENTA, 2001).

A dor oncológica é um fenômeno subjetivo e individual e como tal envolve diversos aspectos e o seu manejo requer avaliação e tratamento não apenas do componente físico, mas do emocional, social e espiritual (DUCCI; PIMENTA, 2003). O controle da dor é uma tarefa multidisciplinar, envolvendo vários profissionais e várias terapêuticas. O doente deve ser tratado de forma holística e a relação cuidador/paciente deve ser permeada de transparência e confiança, pois a exposição crônica à dor pode levar o paciente a adequar-se ao estado doloroso, como forma reacional a facilitar a sua convivência com a dor e, com isto, o cuidador pode confundir essa reação e supor que neste momento o paciente não está sentindo dor (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

2.2.1 Classificação da Dor oncológica

A dor pode ser classificada de acordo com vários critérios; quanto à duração pode ser aguda ou crônica; quanto ao curso, pode ser contínuo ou incidental; quanto à intensidade, leve, moderada ou intensa; quanto à farmacologia, responde bem aos

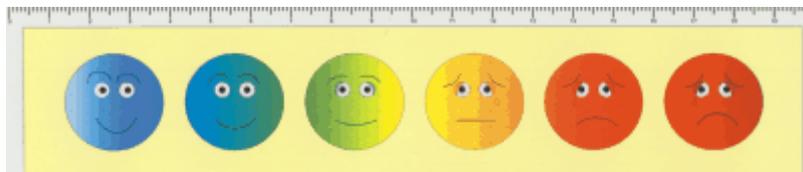
opiáceos, parcialmente sensíveis aos opiáceos, pouco sensíveis aos opiáceos e segundo a patogênese, pode ser classificada como nociceptivas, neuropáticas e psicogênica (psicológica, sociais, culturais e espirituais) (DIAZ, 2005).

Destas classificações a mais usada na classificação de dor oncológica é segundo a patogênese. A dor **Nociceptiva** se apresenta como aguda quando a lesão tecidual estimula diretamente os receptores da dor, iniciando-se por estímulos térmicos, mecânicos ou químicos. Terminações nervosas livres, do sistema nervoso periférico, são exemplos: a dor visceral causada por processos patológicos em órgãos internos como bexiga e útero, é profunda e dolorosa, mal localizada, frequentemente acompanha reações autonômicas e pode, ainda, ser irradiada. O mecanismo da dor referida, não está totalmente esclarecido, mas pode ser relacionado ao ponto de convergência de impulso sensorial cutâneo e visceral em células do trato espinotalâmico na medula espinhal, e a dor somática relatada como picada ou aperto, e podendo ser superficial localizando-se na pele ou quando mais profunda advinda de músculo ou ossos, este tipo de dor, geralmente, responde bem ao uso de analgésicos (KLAUMANN, 2008; COSTA et al., 2007), a dor **Neuropática** é causada por lesão total ou parcial de fibras nervosas, sendo o impulso doloroso originário das vias nervosas ao invés de nas terminações nervosas (receptores) e se projeta para a área de inervação do respectivo nervo. As causas podem ser infecções, traumas, quimioterapia, cirurgia, radioterapia, compressões nervosas entre outros. Este tipo de dor é muito mais resistente aos opióides clássicos respondendo melhor a metadona e oxicodona (COSTA et al., 2007; SHAHI; DEL CASTILLO RUEDA; MANGA, 2007). A dor **psicogênica** é influenciada pelo ambiente psicosocial em que vive o indivíduo (DIAZ, 2005). A dor **Incidental** é caracterizada por episódios de dor intensos e de curta duração podem estar associados à movimentação, deglutição, obstrução e outros fenômenos. Pode, ainda, ser mista, quando a dor de base do paciente que pode estar controlada ou não, apresenta-se com episódios de dor incidental (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Quanto ao caráter temporal, a dor pode ser **Aguda** que é de fácil localização e a intensidade da dor está relacionada ao estímulo desencadeante. Em geral, desaparece se este estímulo for interrompido; a **Crônica**, compreende aquela com duração de seis meses ou mais, podendo ser considerada como uma doença, pois deixa de ter uma função protetora e sua intensidade não está relacionada com o estímulo causal, além de afetar a capacidade funcional do indivíduo (COSTA et al., 2007).

Muitos são os instrumentos para avaliação da dor. Estes podem ser baseados na idade, nível intelectual e aspectos culturais; podem ser unidimensionais, como as escalas que avaliam somente a intensidade da dor, como a escala visual numérica (EVN); o paciente escolhe qual o melhor termo que expressa a sua dor: (0) = nenhuma dor, (1) = branda, (2) = desconfortável, (3) = aflitiva, (4) = horrível e (5) = martirizante ou uma linha ininterrupta de 10 cm de extensão, na qual o paciente é orientado a marcar o ponto que corresponde à dor referida, lembrando que o início da escala (0) corresponde à ausência de dor e o término da escala (10) à pior dor já vivenciada ou imaginada, e a escala visual analógica (EVA) em que se utiliza de figuras, frutas, situações ou faces, onde a face sorridente corresponde a ausência de dor e a medida que a dor vai aumentando a face vai se modificando até mostrar uma face completamente triste e aflita que determina a pior dor sentida pelo paciente (figura 2). O uso destes métodos é preponderante na avaliação da dor e tem como vantagem a simplicidade, além de ser, amplamente, utilizada, independente, do idioma e compreensível pela maioria dos pacientes, mesmo com níveis de escolaridade diferentes (NOGUEIRA; REIS; NETO, 2006).

Escala Analógica:



Fonte: INFOSAÚDE.NET 2009.

Figura 2- Escala Analógica

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser, também, multidimensionais, avaliam a dor sob vários parâmetros como os questionários de *McGill*, o *Wisconsin Brief Pain Questionnaire* e o *Memorial Pain Assessment Card*, que, no entanto, são muito complexos, pouco compreendidos pelos doentes e difícil de serem aplicados na prática clínica (KURASHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

A Fundação Antônio Prudente (2002) publicou uma forma de avaliação da dor baseada na avaliação do comportamento algico do paciente, por meio da Escala Comportamental (EC). Nesta escala atribui-se uma nota ao comportamento algico,

questionando-se diretamente ao paciente sua lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária conforme expressa a figura 3.

Nota zero	Dor ausente ou sem dor
Nota três	Dor presente, havendo períodos em que é esquecida
Nota seis	A dor não é esquecida, mas não impede exercer atividades da vida diária
Nota oito	A dor não é esquecida, e atrapalha todas as atividades da vida diária, exceto alimentação e higiene
Nota dez	A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo

Fonte: Fundação Antonio Prudente, Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer
Saúde em Movimento© 2000 – 2001

Figura 3- Escala comportamental para a mensuração da dor.

Além de todas as ferramentas utilizadas para fazer o levantamento histórico sobre a doença, experiência dolorosa atual e pessoal, vida pessoal, social, cultural, familiar e ocupacional, avaliar a natureza, frequência, tratamentos anteriores e repercussão da dor na vida do paciente são de fundamental importância para elaborar planos de tratamento e oferecer uma abordagem de forma holística.

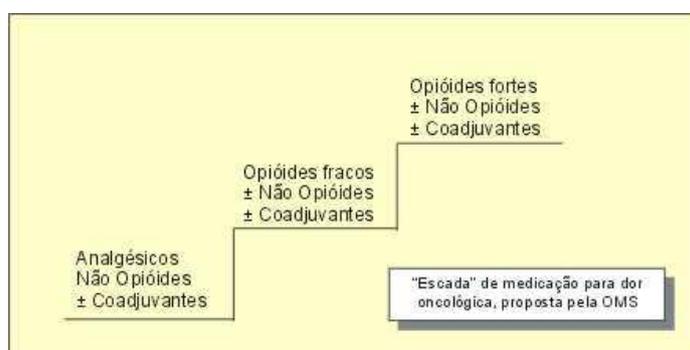
Silva e Zago (2001) afirmam que o enfermeiro como membro da equipe de saúde, deve exercer seu papel no controle da dor, e para isto faz-se necessário ter responsabilidade na avaliação diagnóstica, atuar na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento e na comunicação das informações da dor do paciente sem, contudo, subestimar as dimensões éticas, culturais, históricas e religiosas envolvidas, dando prioridade a sua qualidade de vida.

2.2.2. Tratamento da dor oncológica

Algumas circunstâncias psicológicas individuais influenciam de forma decisiva na aderência ao tratamento farmacológico em pacientes oncológicos, fatores como capacidade cognitiva, estado emocional, falha no autocuidado estão presentes neste tipo de pacientes e interferem nas estratégias do controle da dor (FINE; MIASKOWSKI; PAICE, 2004).

O tratamento da dor oncológica é dividido em farmacológico e não farmacológico. No farmacológico, são utilizados medicamentos para o seu controle

baseados na escada analgésica (figura 4) estabelecida em 1984 pelo departamento de câncer da OMS em que o **primeiro passo** é o tratamento de pacientes com dor leve, nos quais são utilizados analgésicos não opióides em combinação ou não com drogas adjuvantes; se a dor persistir, orienta-se o **segundo passo**, que é o tratamento para dor moderada a intensa. Para tal, utiliza-se um opióide fraco combinado a analgésicos não opióides, combinados ou não com adjuvantes (antidepressivo, neurolépticos e outros); se utilizando estas medicações a dor não for controlada segue-se então para o **terceiro passo**, quando o paciente apresenta dor intensa. Nesse ponto, utiliza-se opióides fortes, com ou sem opióides, com ou sem adjuvantes. Segue-se, ainda, a orientação de não administram-se opióides de escalas terapêuticas diferentes. Entende-se por analgésicos não-opioides: dipirona, paracetamol, antiinflamatórios não esteróides; opióides-fracos como: a codeína, oxidona, propoxifeno, tramadol; opióides fortes: a morfina, metadona, fentanila e outros, adjuvantes como os antidepressivos. Algumas dores não respondem à terapêutica com opióides e são determinadas quando se usam altas doses de opióides e não há resposta clínica, estima-se que 20% dos pacientes oncológicos não respondam ao tratamento com opióides (CAMPONERO; LAJE; MURADIAN, 2007).



Fonte: OMS, 1996

Figura 4- Escada Analgésica

O efetivo manejo farmacológico da dor é prejudicado, segundo Kipel (2004), por três principais fatores: 1) o bloqueio social que, invariavelmente, vincula o uso de opióides ao consumo ilegal, a insuficiência de conhecimento dos profissionais a respeito dos opiáceos e sobre a prática no manejo da dor; 2) o risco de depressão respiratória (bradipnéia) induzida por opióides se apresenta como maior medo para o uso desses fármacos, mesmo sabendo-se que é um fenômeno de curta duração e que esta é

antagonizada pela dor; e 3) as leis federais, frequentemente, vagas e ambíguas, o que determina o receio da classe médica sobre a legitimidade do uso de opióides.

O tratamento não-farmacológico compreende na execução de técnicas terapêuticas específicas para minimizarem a dor. É imprescindível a presença de uma equipe multiprofissional, composta por terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais. As medidas alternativas utilizadas podem ser, diminuir o número de procedimentos invasivos, diminuindo assim os processos dolorosos, posicionar o paciente confortavelmente, utilização de medidas físicas (calor/frio), relaxamento, distração, musicoterapia, grupos de apoio e grupos espirituais, entre outros. As terapias com remédios caseiros também são muito utilizadas, mas a cautela é soberana, e o médico deve ser informado de todas estas terapias (KURASHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

Outros procedimentos podem ser indicados para o controle ou alívio da dor oncológica, como: 1) o bloqueio nervoso, que é um procedimento indicado para dores bem localizadas do tipo nociceptiva, realizado por meio da aplicação de uma substância neurolítica, ou seja, aplicação de frio ou calor intenso junto a um nervo ou plexo nervoso, com o propósito de interromper a sua função; as substâncias neurolíticas, geralmente usadas são o álcool etílico absoluto e fenol em solução com água, soro fisiológico ou glicerina, em concentrações que variam de 3 a 15% e as menos utilizadas são sulfato de amônia e clorocresol; 2) o uso de opióides epidurais ou intra-tecais, para pacientes com dor refratária à medicação convencional; neurocirurgias ablativas, cordotomias percutâneas, ablação da glândula pituitária (KONRAD, 2008).

Existem, ainda: 1) as estimulações elétricas, que são utilizadas como coadjuvantes na analgesia, entre estes o TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), que pouco ajuda na analgesia, mas dá ao paciente uma maior sensação de controle da sua dor; 2) a estimulação direta da medula (pouco indicada); 3) a estimulação cerebral profunda (fase experimental), 4) a radioterapia, que é utilizada, geralmente, em casos de tumor ósseo único ou metástase óssea única, trazendo alívio quase imediato e relativamente duradouro, às vezes, por mais de seis meses; 5) os isótopos do Estrôncio e de Samário utilizados para fixar o cálcio nas estruturas ósseas no caso de metástases, com esta mesma finalidade têm sido utilizados os Pamidronatos, que mostram eficácia um pouco menor e com início de ação um pouco mais lento (KONRAD, 2008).

Pimenta e Ferreira (2006) apontam alguns fatores que influenciam no alívio da dor oncológica: subestimação da ocorrência de dor; avaliação imprecisa do quadro álgico com inadequadas determinações de fatores etiológicos; conhecimentos insuficientes sobre métodos e analgésicos para o controle da dor; subestimação dos aspectos afetivos; ter a concepção de que a dor no câncer é inevitável; e que o uso de opióides causam dependência física e psíquica.

Além do controle da dor, outro grande desafio a enfrentar é o manejo dos efeitos indesejáveis obtidos, no decorrer do tratamento, provenientes do mecanismo de ação dos fármacos e que precisam de intervenção imediata como: tolerância, dependência física e psíquica, depressão respiratória, xerostomia, náusea e vômitos, constipação intestinal, retenção urinária, sedação e alteração cognitiva.

2.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®

2.3.1 Perspectiva histórica e o Modelo de Sete Eixos

Um “esperanto da Enfermagem” foi assim que Isabel Hampton Robb, em 1909, no Congresso do **ICN** em Paris descreveu a necessidade de uma linguagem universal para a Enfermagem, quando percebeu que esta profissão determinava diferentes formas de encarar os problemas de enfermagem em diferentes locais do mundo (CIE, 2007). Para Clark e Lang (1992 citadas por CIE, 2007, p. 17) “[...] se não conseguirmos atribuir um nome a algo, também, não conseguiremos controlar, financiar, pesquisar, ensinar ou utilizar nas políticas públicas”.

Por estes e outros motivos, foi aprovada pelo Conselho de Representantes Nacionais (CRN) do **ICN**, em 1989, a construção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em Seul, Coréia, demonstrando o reconhecimento da necessidade de descrever a prática de enfermagem de uma maneira universal com implicações na prática, na investigação, na educação e no delinear de políticas de saúde.

A importância da construção da CIPE® favorece a colocação em prática da missão do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), que consiste na representação da Enfermagem em nível mundial, no desenvolvimento da profissão e em influenciar as políticas de saúde, uma vez que esta classificação passou a ser reconhecida como um

instrumento que ajuda aos enfermeiros a descreverem, analisarem e compararem práticas de enfermagem aos níveis local, regional, nacional e internacional e, ainda, permite a coleta e análise dos dados de enfermagem, através de países, culturas e idiomas, assim descreve Judith Outlon, diretora geral do ICN (CIE, 2007).

A CIPE[®] tem como objetivos fornecer uma ferramenta para descrever e documentar as práticas de enfermagem; usar esta ferramenta como base para tomada de decisão clínica; prover a Enfermagem com vocabulário e um sistema de classificação únicos, que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados. Essa classificação é composta por elementos da prática de enfermagem, isto é, o que fazem os enfermeiros (intervenções), em face de determinadas necessidades (diagnósticos), para produzirem determinados resultados (resultados de enfermagem). Esta linguagem permite aos enfermeiros: comparações entre contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; participação e identificação da enfermagem nas equipes multidisciplinares de cuidados de saúde; diferenciação da prática por níveis de preparação e experiência profissional(CIE, 2007).

É um processo dinâmico em desenvolvimento, de construção de nomenclatura de enfermagem, iniciado com a publicação da versão Alfa em 1996, que fornecia um vocabulário, uma nova classificação e estrutura, que podiam ser cruzados com outras classificações já existentes. Após contínua avaliação, em 1999 foi lançada a CIPE[®] versão Beta e os estudos continuaram colaborando, assim, para que depois de uma revisão fosse publicada a Versão Beta 2, em 2001, que possuía em sua formação duas estruturas de classificação: uma para os fenômenos de enfermagem e outra para as intervenções de enfermagem, constituindo assim numa terminologia combinatória com uma estrutura multiaxial, composta de oito eixos para a classificação dos fenômenos e oito eixos para classificação das ações de enfermagem(CIE, 2007).

Em 2005, o CIE publicou a CIPE[®] Versão 1.0 com novos termos e definições adicionadas em seu conteúdo, fruto de estudos e de investigação para assegurar a esta versão consistência de vocabulário e normas existentes, cujas recomendações principais eram: criar uma base mais formal para a CIPE[®]; desenvolver *software* capaz de satisfazer os critérios atuais para um vocabulário completamente utilizável, quer dizer, evitar redundância e ambiguidade entre termos e assegurar que os códigos associados

aos termos no vocabulário não atinjam a estrutura hierárquica do vocabulário. (CIE, 2007)

Pode-se afirmar que a CIPE[®] Versão 1.0 é mais que um simples vocabulário, é um recurso, que por meio do cruzamento/mapeamento de termos, pode ser usado para desenvolver novas palavras (como terminologia composicional), e poder identificar relações entre conceitos e vocabulário, como uma terminologia de referência. Dessa forma, adquirimos um sistema de classificação mais rico e acessível à sua utilização. Esta classificação CIPE[®] Versão 1.0 é mais que uma simples estrutura multiaxial, pois foi desenvolvida usando *Web Ontology Language (OWL)* no ambiente do desenvolvimento de ontologias: Protégé (CIE, 2007).

A CIPE[®] funciona como sistema dinâmico, acompanhando as frequentes mudanças nos cuidados de saúde sujeitas aos seus próprios contextos e desenvolvimentos independentes de forças políticas, econômicas e sociais que influenciem de forma direta ou indireta a vida de indivíduos e comunidades no mundo inteiro. A Enfermagem deve contribuir para este processo de dinamismo, usando a CIPE[®] na sua prática; participando como revisores peritos em caso de alterações recomendadas para sistema, traduzindo-as para linguagem apropriada para uso local, participando de uma avaliação contínua, trabalhando em conjunto para desenvolver estratégias, metas e objetivos gerais que assegurem a sua relevância global (ICN, 2009).

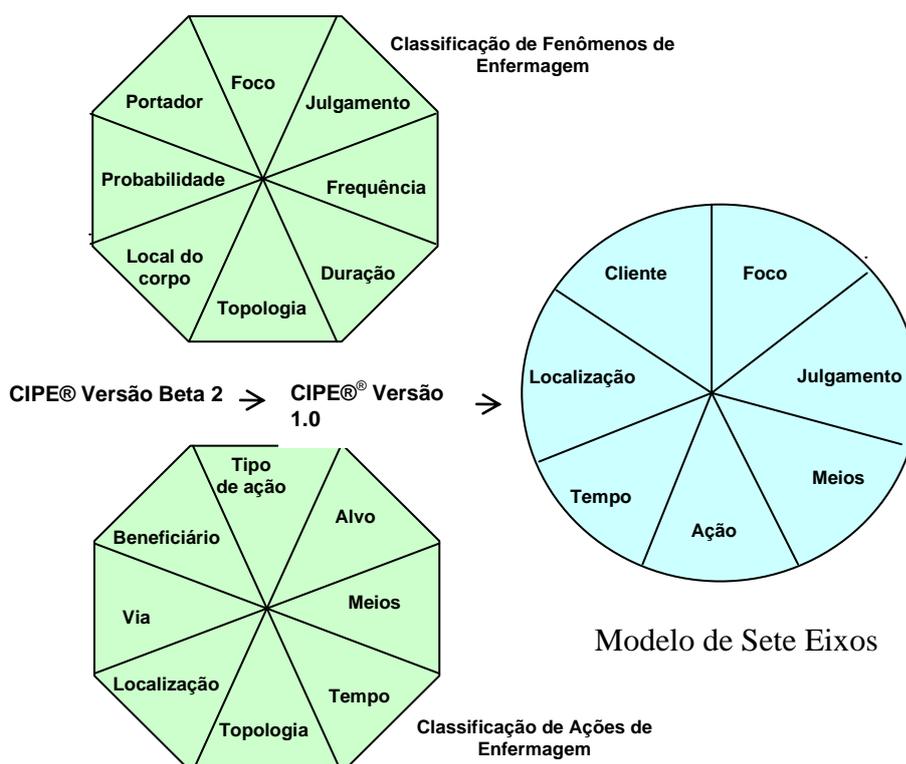
O comitê de avaliação da CIPE[®], formado em 2000, tem como objetivo estabelecer e coordenar o processo de revisão e deliberar sobre termos e definições recomendados pelos utilizadores em todas as partes do mundo. Os princípios de **referência desse comitê garantem a revisão periódica** da CIPE[®]; garantir consultoria e recomendações na utilização da CIPE[®], baseando-se nas revisões, feedback, críticas e investigações. Para o desenvolvimento da CIPE[®], podemos contar com a colaboração de gestores de enfermagem, pois as mesmas podem influenciar tomadas de decisões rotineiras e relativas às estruturas e processos de prestação de cuidados à saúde (CIE, 2007).

Os formadores de enfermagem, tanto no contexto clínico, como no acadêmico podem utilizar a CIPE[®] como suporte consistente para a documentação da prática de enfermagem na sua instituição de saúde. Os centros de investigação e desenvolvimento da CIPE[®] acreditados pelo ICN podem ser uma instituição, faculdade, departamento, associação nacional ou outro grupo que preencha os critérios do ICN e que seja

designado pelo ICN como um centro de investigação e desenvolvimento. Estes centros podem ser organizados em nível de país, conjunto de países, regional e global ou por qualquer categoria que seja significativa para o trabalho a se desenvolver, por exemplo, por idiomas, área de especialidade ou de investigação (CIE, 2007). No Brasil existe um Centro de investigação sediado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A CIPE[®], como um modelo de linguagem unificado deve representar o vocabulário existente, continuar com uma representação multiaxial, facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais a partir da CIPE[®], identificar semelhanças e diferenças entre as diversas representações de forma a comparar e combinar dados de diversas fontes(CIE, 2007).

O Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] é fruto da junção dos 16 eixos da Versão Beta 2, assim divididos: 8 para classificação de fenômenos e 8 para classificação de ações, pretende facilitar o seu uso contínuo (fig. 5). Os eixos, da versão 1.0, são definidos como: 1) foco: área de atenção relevante para enfermagem, ex: sangue, urina, mutilação, 2) julgamento: opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem, ex: melhorado, parcial, estado, 3) meios: forma ou método de concretizar uma intervenção, ex: fralda, chuveiro e coberta, 4) ação: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente, ex: atender, assistir, promover, 5) tempo: o ponto, período instantâneo, intervalo ou duração de uma ocorrência, ex: duração, frequência, 6) localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção, 7) cliente: **falta definir** ex: criança, idoso, membro da família (CIE, 2007).



Fonte: CIE (2007)

Figura 5 – Modelo de Sete Eixos da CIPE®.

O Programa CIPE® encoraja a avaliação e a validação adicionais destas orientações para compor diagnósticos, intervenção e resultados de enfermagem, bem como a avaliação e a validação dos termos não constantes na CIPE®. Com isto, poderemos, cada vez mais, melhorar e aperfeiçoar esta classificação, que pode contar com as interseções da Enfermagem com outras disciplinas e especialidades; o usuário da CIPE® pode sentir a necessidade de recorrer a outras classificações/terminologias que forneçam conceitos adicionais, como por exemplo, a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (ICN, 2008). **ver o nome correto da CID**

2.3.2 Catálogos CIPE®

Um grande avanço facilitador para colocar em prática o uso de afirmativas diagnósticas/resultados e intervenções de enfermagem é o uso de Catálogos CIPE® sugeridos pelo CIE (2005), para serem utilizados como conjunto desses enunciados, favorecendo dessa forma que os enfermeiros tenham acesso rápido a esse instrumento de modo a facilitar a assistência prestada à clientela sob seus cuidados.

Na publicação da CIPE® Versão 1.0, foi ressaltada a necessidade de pronto acesso dos enfermeiros a estes subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para clientelas, fenômenos de enfermagem, especialidades clínicas, ambientes de cuidado ou condições de saúde específicas – os catálogos CIPE®. Foram, também apresentadas as prioridades para catálogo estabelecidas na CIPE® Versão 1.0: Adesão ao tratamento (catálogo já construído); Saúde mental (adolescentes do sexo feminino); Doença cardiovascular (ICC); HIV/AIDS (cuidados em domicílio); Incontinência urinária; Oncologia; Enfermagem da família; Saúde da mulher (CIE, 2007). Em 2009, foi publicado o Catálogo Cuidados Paliativos para morte digna.

O propósito dos catálogos CIPE® é o de preencher uma necessidade prática de construir sistemas de registro eletrônicos do paciente utilizando-se dos benefícios de

fazer parte de um sistema de linguagem unificada; tornar a CIPE[®] um instrumento útil que pode ser integrado à prática de enfermagem no local do cuidado (ICN, 2007; BARTZ et al., 2007; COENEN, 2007; JANSEN, 2007). Catálogos, porém, não substituem o julgamento clínico do enfermeiro. Este pode usá-lo como referência para documentar o cuidado e refletir a sua prática. O julgamento clínico e a tomada de decisão são essenciais para o cuidado individualizado dos pacientes e sua família (ARDITH et al., 2009).

Cumprir dizer que os Catálogos CIPE[®] oferecem suporte, no âmbito mundial, à documentação sistemática da prática de enfermagem, originando conjuntos de dados que podem ser usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e as políticas de saúde. Seu desenvolvimento tornará a CIPE[®] útil no ambiente da prática, por representar subconjuntos de uma terminologia muito ampla, aplicando, especificamente, a condições de saúde, fenômenos de enfermagem, ambientes da prática e/ou especialidades da prática. Além disso, contribuirá para a expansão do uso universal da CIPE[®] vez que os usuários poderão compartilhar seus trabalhos e focalizar as variações culturais e linguísticas.

Os catálogos CIPE[®] devem conter a significância do tópico, que justifique a necessidade de seu desenvolvimento; a clientela e área específica identificadas; diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; dois estudos de caso com o instrumento de avaliação (coleta de dados), para estabelecer o contexto; referências e identificadores específicos da CIPE[®]. O processo de desenvolvimento de catálogos da CIPE[®] inclui dez passos: 1) identificar a clientela à que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a enfermagem; 3) contactar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.0 para compor as afirmativas; 5) identificar afirmativas adicionais, por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar as afirmativas do catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o CIE na disseminação do catálogo (ICN, 2007; BARTZ et al., 2007; COENEN, 2007; JANSEN, 2007). METODOLOGIA? GLAUCEA e graça .

Com o Modelo de Sete Eixos torna-se mais fácil a construção dos diagnósticos, intervenções e resultados, que podem ser organizados em grupo significativos para os

catálogos e para a prática de enfermagem. Devemos seguir as orientações baseadas na norma da ISO 18.104: Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem (ISO 18.104, 2003) (CIE, 2007).

Para criar os enunciados de diagnósticos de enfermagem e resultados de enfermagem, o CIE (2007) determinou, como critérios, incluir no mínimo um termo do eixo foco e um termo do eixo do julgamento, e podem ser incluídos, também, se necessário, termos adicionais dos eixos foco, cliente, localização, meios, e tempo. Da mesma forma para construir afirmativas de intervenções de enfermagem, devem ser incluídos um termo de eixo ação, pelo menos, um termo alvo (termos de qualquer um dos eixos, exceto do eixo julgamento), e podem ser incluídos, se necessário, termos adicionais de qualquer outro eixo (CIE, 2007).

Desde o lançamento da CIPE[®] Versão 1.0, em 2005, várias pesquisas e experiências de implementação clínica estão em andamento no âmbito mundial. A CIPE[®] é uma terminologia dinâmica e, dessa forma, se beneficia da participação contínua, seja local, nacional ou internacional. A documentação do cuidado de enfermagem utilizando a CIPE[®] aumentará a segurança e qualidade do cuidado e proverá, mundialmente, dados sistemáticos e recuperáveis sobre o cuidado à saúde (ICN, 2007). A CIPE[®] como sistema de classificação é completo, de fácil manuseio, e que contempla todas as áreas de Enfermagem, além ter sido o escolhido pela OMS para fazer parte da família de classificação da CID em sua próxima edição.

A CIPE[®] Versão 2.0 foi lançada em julho de 2009 e evoluiu incluindo além de termos, as afirmativas de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem. A utilização do Modelo Sete Eixos continua a ser aplicado no desenvolvimento desta versão 2, novas tecnologias associadas à colaboração de desenvolvimento de catálogos e espaços da ICNP como o *Browser* e linguagem ontológica da web (CIE, 2009). **TELMA SUGERIU RETIRAR.**

MATERIAL E MÉTODOS

3. Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, com o objetivo de construir um Catálogo CIPE[®] para dor oncológica. Neste estudo consideramos o Catálogo CIPE[®] como um instrumento metodologia para guiar a prática de enfermagem.

Os catálogos CIPE[®] devem conter a significância do tópico, que justifique a necessidade de seu desenvolvimento; a clientela e área específica identificadas; diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; dois estudos de caso com o instrumento de avaliação (coleta de dados), para estabelecer o contexto; referências e identificadores específicos da CIPE[®]. O processo de desenvolvimento de catálogos da CIPE[®] inclui dez passos: 1) identificar a clientela à que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a enfermagem; 3) contactar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.0 para compor as afirmativas; 5) identificar afirmativas adicionais, por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar as afirmativas do catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o disseminação do catálogo (ICN, 2007; BARTZ et al., 2007; COENEN, 2007; JANSEN, 2007). Neste estudo foram utilizadas cinco dos dez passos recomendadas pelo CIE, tendo em vista que as demais etapas serão estudadas futuramente em estudos multicêntricos.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB e aprovado sob o protocolo N° 018/09 de acordo com os aspectos éticos referenciados na Resolução n°. 196/96 que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996), e na Resolução COFEN n°. 311/2007 (COFEN, 2007).

3.1 Procedimentos metodológicos

Para atender os objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo exploratório-descritivo do fenômeno dor oncológica. Para Polit e Hungler (1995) a pesquisa descritiva é de grande importância para a Enfermagem, por meio dela o pesquisador realiza uma investigação descritiva, observando, descrevendo e classificando o fenômeno estudado, na pesquisa exploratória. Um trabalho é de natureza exploratória quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999, p. 43). As pesquisas exploratórias, segundo Gil (1999, 0. 43) visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato que podem servir de base para pesquisas futuras. **GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.**

O estudo seguiu as etapas predeterminadas pelo CIE: 1) Identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde, 2) Documentar a significância para a Enfermagem, 3) Contatar o CIE para identificar colaboração potencial, 4) Usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.0 para compor as afirmativas de diagnósticos/resultados de intervenções de enfermagem, 5) Desenvolver conteúdo de apoio.

4. Análise e resultados

4.1 Identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde.

Sabe-se que nos próximos trinta anos, o número de casos de câncer em países desenvolvidos terá um aumento de 20% e em países em desenvolvimento esse aumento será de 100%. Hoje aproximadamente nove milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica e metade delas relata a dor em todos os estágios da doença. Cerca de 10% a 15% dos pacientes que estão com doença em estágio inicial apresentam dor de intensidade significativa, esta incidência aumenta para 25% a 30% em pacientes com doença metastática e nas fases avançadas da doença, 60% a 90% referem dor de maior intensidade. Atualmente a dor está sendo considerada um dos sintomas mais frequente e mais temido em pacientes com neoplasia maligna, isto torna de grande importância o desenvolvimento de novos tratamento para o controle da dor oncológica e o treinamento dos enfermeiros para o cuidado do paciente oncológico com dor (TULLI; PINHEIRO; TEIXEIRA,s/d).

A clientela a que se destina este estudo, são os pacientes adultos portadores de neoplasia maligna que em algum momento, desde seu diagnóstico até a sua cura ou morte, experimentam a sensação de dor que, no paciente oncológico pode ser causada pelo seu próprio câncer, pelo tratamento do câncer, relativas ao câncer ou por doenças concomitantes, a dor originária de uma ou mais destas quatro fontes é determinada de Dor Oncológica (OMS 1996). Admite-se ainda que cerca de 90% dos pacientes

oncológicos sofrem de dor possivelmente controlada, embora o que se é observado em grande parte das unidades de saúde é que falta habilidade, conhecimento e até interesse no manejo da dor. Na maioria das vezes aqueles que se esforçam e se empenham no tratamento adequado, esbarram em preconceitos de profissionais e da população em geral e em questões políticas, econômicas e sociais (MICELI, 2002). A dor é considerada um problema de saúde pública no Brasil, pois são gastos muito dinheiro com internações hospitalares sem que haja seu efetivo controle impactando na melhoria da qualidade de vida (INCA, 1997).

4.1.2 Documentar a significância para a Enfermagem

Nesta etapa foi realizada uma extensiva revisão de literatura em bases de dados nacionais e internacionais encontradas on-line, em periódicos referentes da área de Saúde e em livros publicados sobre dor e oncologia. Foram consultados também consensos de dor estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e por outras agências que reportam a avaliação e tratamento da dor. Desta pesquisa resultou a análise de conceito de dor oncológica que serviu como base para a construção deste estudo.

Os catálogos CIPE[®] devem conter a significância do tópico, que justifique a necessidade de seu desenvolvimento (ICN, 2007). Acredita-se que nos próximos trinta anos, o aumento do número de casos de câncer será de 20% nos países desenvolvidos e de 100% nos países em desenvolvimento – o que torna premente o desenvolvimento de novos tratamentos para controle da dor oncológica e o treinamento dos enfermeiros para o cuidado do paciente de câncer com dor (TULLI; PINHEIRO; TEIXEIRA, 2009).

Em novembro de 1998 a *Internacional Society of Nurses in Cancer* care publica a declaração de posição – Dor por Câncer, que tem como a premissa que todos os indivíduos com dor de origem oncológica têm o direito de tê-la aliviada. Esta declaração foi baseada na estimativa da Organização Mundial de Saúde que afirma que dos cinco milhões que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada, causando um sofrimento incalculável para o paciente, reduzindo a sua qualidade de vida e levando-os a temer mais o sintoma doloroso que o próprio câncer. É um desafio para os profissionais de saúde, pois o controle da dor merece prioridade,

pois mais de 90% de casos de dor do câncer pode ser efetivamente controlada. O controle da dor é um processo complexo que requer a avaliação dos componentes de ordem física, social, espiritual, econômica, emocional e cultural (ISNCC, 1998).

A ISNCC categoriza as barreiras para o inadequado manejo da dor em três: 1) falta de conhecimento pelos clínicos, 2) mitos e concepções errôneas de doentes e familiares, e 3) política do sistema de cuidados em saúde e legislação inadequadas. O controle da dor também é influenciado pela baixa prioridade dada ao conforto e manejo dos sintomas, pois o foco na cura, frequentemente reduz os recursos disponíveis para o seu tratamento e consultas de apoio e pela falha em considerar o conceito de “dor total” que resulta na não identificação das necessidades do doente com dor oncológica não controlada (ISNCC, 1998).

Ainda nessa declaração o ISNCC se posiciona e afirma que o manejo da dor do câncer é fundamental para a prática da Enfermagem oncológica, pois as enfermeiras facilitam o cuidado ao longo da trajetória da doença e estão na posição ideal para lidar com a dor mesmo na ausência de drogas básicas para o seu alívio, podem utilizar calor, frio e outras terapias, além de aconselhamento espiritual e análise do significado da dor, reduzindo assim o medo, a desesperança e o isolamento dos doentes e familiares.

A ISNCC (1998) tem como prioridade prover uma rede de suporte para garantir as enfermeiras oncológicas o acesso ao conhecimento e habilidades necessárias para desempenhar seu papel na melhora do manejo da dor do câncer, e recomenda que os enfermeiros:

- Devem responsabilizar-se por oferecer o melhor de suas capacidades para proporcionar aos doentes com dor oncológica o melhor alívio possível;
- Ter o papel de liderança na identificação e avaliação da dor do câncer, e na implementação, coordenação e avaliação da eficácia do manejo interdisciplinar da dor oncológica;
- Trabalhar para reduzir ou minimizar as barreiras do sistema de saúde visando prover o efetivo manejo da dor;
- Solicitar, insistentemente, que doentes e familiares relatem alívio da dor inadequado;

- Assumir a responsabilidade principal, junto ao público, doentes, familiares e profissionais, pela educação sobre os direitos do alívio da dor do câncer e das opções de recursos disponíveis para sua avaliação e tratamento;
- Trabalhar para influir nas políticas nacionais e internacionais na área de alocação de recursos para o manejo da dor, por meio de contatos com políticos e legisladores;
- Realizar pesquisas independentes e colaborativas sobre dor do câncer, e utilizar os achados na educação e na clínica.

Silva e Zago (2001) afirmam que as crenças dos enfermeiros de que a dor crônica é às vezes sem solução, que a medicação não faz efeito e que os pacientes ficam dependentes das drogas, demonstram a desinformação dos enfermeiros acerca da temática dor, retratando os conhecimentos culturais adquiridos durante a sua formação pessoal e profissional. Relatam ainda que as ações dos enfermeiros são limitadas pela falta de conhecimento de como intervir na dimensão afetiva ou expressiva e baseiam o cuidado no modelo médico por ser este o que lhes transmite maior segurança. Esta falta de informação ou formação inadequada leva os enfermeiros a não avaliarem a dor de forma sistemática, a subestimarem a frequência da ocorrência da dor e a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo. Segundo as mesmas autoras, a incerteza, a tensão do trabalho e a percepção do peso da tarefa do cuidar causam um desconforto e uma baixa auto-estima nos enfermeiros.

Tendo em vista os fatos supracitados, se faz completamente cabível a justificativa da importância e da relevância do tema proposto para a enfermagem, a construção deste catálogo trará, não só para os enfermeiros oncológicos, mas também para todos aqueles que em algum momento de sua atuação, prestem cuidado a pacientes oncológicos, uma forma sistemática de traçar diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, voltada para um cuidado individualizado e humanizado.

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto ao paciente com dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do paciente e aliviar sua dor, através de cuidados especiais oferecidos para o conforto do paciente, de modo que ele possa desenvolver sua capacidade funcional e sobreviver sem dor (TULLI; PINHEIRO; TEIXEIRA, s/d) JUSTIFICATIVA GLAUCEA.

4.1.3 Contatar o CIE para identificar colaboração potencial

Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa do Centro CIPE[®] - PPGENF/UFPB. A nota prévia foi apresentada no 24º Congresso Quadrienal do ICN, que ocorreu de 27 de junho a 04 de julho de 2009, em Durban na África do Sul, quando ocorreu o Consorcio dos Centros CIPE[®], durante o qual foi comunicado ao CIE o desenvolvimento dos estudos do Centro CIPE[®] - PPGENF/UFPB, sobre a construção de catálogos. **ANAIS DO CONGRESSO**

4.1.4 Usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.0 para compor as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

4.1.4.1 Afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem

Os indicadores empíricos relacionados à dor oncológica, foram obtidos a partir da literatura por meio da realização de uma análise de conceito de dor oncológica onde foram identificados seus antecedentes, atributos e consequentes. Esta análise serviu de base para identificar termos constantes na CIPE[®] Versão 1.0, que após identificados foram utilizados para a construção das afirmativas.

Para a construção de diagnósticos e resultados de enfermagem são apontadas pelo CIE (2007), as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Foco** e um termo do eixo **Julgamento**; incluir termos adicionais, se necessários dos eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos.

Foram identificados no Eixo Foco 84 termos relacionados a pacientes com dor oncológica, apresentados no Quadro 1. a partir desses termos foram construídas as afirmativas de diagnóstico/resultado de enfermagem, apresentadas no Quadro 2.

TERMOS DO EIXO FOCO IDENTIFICADOS NA CIPE[®] Versão 1.0.

Eixo Foco da CIPE [®] 1.0
Aceitação

Eixo Foco da CIPE [®] 1.0
Adaptação

Eixo Foco da CIPE® 1.0
Aderência
Alimentar-se
Alucinação
Ansiedade
Apoio social
Arrumar-se
Atitude
Atividade psicomotora
Autocontrole
Autoestima
Autoimagem
Autocuidado
Auto-higiene
Banhar-se
Barreira de comunicação
Bem-estar espiritual
Capacidade (Habilidade)
Comportamento de busca da saúde
Comunicação
Confiança
Conforto
Confusão
Conhecimento
Comportamento sexual
Consciência
Constipação
Coping
Crenças culturais
Deglutir
Delírio
Depressão
Desamparo
Desesperança
Desuso
Dignidade
Dor
Efeito colateral
Esperança
Estresse

Eixo Foco da CIPE® 1.0
Exaustão
Fadiga
Hipertermia
Identidade pessoal
Impotência (falta de poder)
Infecção
Ingestão
Inquietação
Integridade da pele
Integridade tissular
Intolerância à atividade
Isolamento social
Imagem corporal
Lesão
Medo
Membrana mucosa oral
Mobilidade
Náusea
Negação
Padrão alimentar
Padrão de eliminação intestinal
Padrão respiratório
Padrão do sono
Paternidade/maternidade
Percepção
Pesar/luto
Pressão sanguínea
Processo familiar
Prurido
Repouso
Resposta ao tratamento
Resposta psicossocial à instrução
Retenção urinária
Sofrimento
Saúde
socialização
Sono
Sonolência

Eixo Foco da CIPE® 1.0
Taquicardia
Trauma
Tristeza
Volume de líquido
Vômito

Quadro 1 – Termos do eixo Foco da CIPE® Versão 1.0 relacionados a partir da dor oncológica. João Pessoa, 2009.

A partir dos 84 termos identificados no eixo foco da CIPE® Versão 1.0, foram construídas as afirmativas de diagnósticos/resultados.

Eixo Foco da CIPE® 1.0	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem
Aceitação	-Aceitação do estado de saúde
Adaptação	-Adaptação prejudicada
Aderência	-Aderência ao regime alimentar -Aderência ao regime medicamentoso -Aderência ao regime terapêutico -Aderência ao volume de líquidos -Não aderência ao regime alimentar -Não aderência ao regime medicamentoso -Não aderência ao regime terapêutico -Não aderência ao volume de líquidos
Alimentar-se	-Auto-alimentação prejudicada
Alucinação	-Alucinação
Ansiedade	-Ansiedade -Ansiedade antes de morrer
Apoio social	-Falta de apoio social
Arrumar-se	-Capacidade para vestir-se e arrumar-se prejudicada
Atitude	-Atitude conflitante em relação ao gerenciamento da medicação -Atitude conflitante em relação ao cuidado -Atitude conflitante em relação ao regime alimentar -Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico -Atitude familiar conflitante -Atitude positiva em relação ao cuidado -Atitude prejudicada em relação ao estado nutricional
Atividade psicomotora	-Atividade psicomotora prejudicada
Autocontrole	-Autocontrole baixo
Autoestima	-Baixa autoestima crônica -Baixa autoestima situacional
Auto-imagem	-Prontidão para autoimagem melhorada -Autoimagem negativa
Autocuidado	-Déficit de autocuidado -Prontidão para autocuidado melhorado
Auto-higiene	-Incapacidade para executar auto-higiene
Banhar-se	-Capacidade para banhar-se diminuída
Barreira de comunicação	-Barreira na comunicação

Eixo Foco da CIPE® 1.0	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem
Bem-estar espiritual	- Bem-estar espiritual melhorado
Capacidade (Habilidade)	-Habilidade para fazer a higiene comprometida -Habilidade para fazer atividades de lazer comprometida - Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico -Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico -Capacidade para adaptar-se -Capacidade para comunicar-se melhorada -Capacidade para executar manutenção da saúde -Capacidade para gerenciar o plano terapêutico
Comportamento de busca da saúde	-Comportamento de busca da saúde prejudicado -Comportamento de busca da saúde
Comunicação	-Comunicação prejudicada -Comunicação verbal prejudicada -Prontidão para comunicação melhorada
Confiança	-Confiança baixa
Conforto	-Prontidão para conforto melhorado
Confusão	-Confusão
Conhecimento	-Conhecimento sobre processo patológico -Conhecimento sobre regime alimentar -Conhecimento sobre regime medicamentoso -Falta de conhecimento sobre regime alimentar -Falta de conhecimento sobre doença -Falta de conhecimento sobre regime terapêutico
Comportamento sexual	-Comportamento sexual problemático
Consciência	-Cognição prejudicada
Constipação	-Constipação -Risco para constipação
Coping	-Enfrentamento individual ineficaz -Enfrentamento familiar eficaz -Enfrentamento familiar ineficaz -Enfrentamento prejudicado -Prontidão para enfrentamento familiar melhorado -Prontidão para enfrentamento melhorado
Crenças culturais	-Crenças culturais conflitantes
Deglutir	- Deglutição prejudicada
Delírio	-Delírio
Depressão	-Depressão
Desamparo	-Risco para desamparo
Desesperança	-Desesperança
Desuso	-Resposta ao desuso

Eixo Foco da CIPE® 1.0	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem
	-Síndrome do desuso
Dignidade	-Dignidade humana prejudicada -Risco para dignidade humana prejudicada
Dor	-Dor aguda -Dor crônica -Dor neuropática -Dor nociceptiva
Efeito colateral	-Efeito secundário a medicação
Esperança	-Prontidão para esperança aumentada
Estresse	-Estresse do cuidador -Sobrecarga de estresse
Exaustão	-Exaustão do tratamento
Fadiga	-Fadiga
Hipertermia	-Hipertermia
Identidade pessoal	-Distúrbio da identidade pessoal
Impotência (falta de poder)	-Impotência diminuída -Impotência
Infecção	-Infecção -Risco para infecção
Ingestão	-Ingestão alimentar deficiente -Ingestão nutricional prejudicada
Inquietação	-Inquietação
Integridade da pele	-Integridade da pele prejudicada
Integridade tissular	-Integridade tissular prejudicada
Intolerância à atividade	- Intolerância à atividade -Risco para a Intolerância à atividade
Isolamento social	-Isolamento social
Imagem corporal	-Distúrbio da imagem corporal
Lesão	-Lesão por radiação -Lesão por quimioterapia
Medo	-Medo
Membrana mucosa oral	-Membrana mucosa oral prejudicada
Mobilidade	-Mobilidade no leito prejudicada -Mobilidade prejudicada
Náusea	-Náusea
Negação	-Negação
Padrão alimentar	-Padrão alimentar alterado (rotina diária)
Padrão de eliminação intestinal	- Padrão de eliminação intestinal alterado
Padrão respiratório	-Padrão respiratório prejudicado -Risco para o padrão respiratório prejudicado

Eixo Foco da CIPE® 1.0	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem
Padrão do sono alterado	-Padrão do sono alterado
Paternidade/maternidade	-Paternidade/maternidade prejudicada -Prontidão para paternidade/maternidade positiva
Percepção	-Percepção alterada
Pesar	-Pesar -Pesar antecipado -Pesar disfuncional
Pressão sanguínea	-Pressão sanguínea alterada
Processo familiar	-Processo familiar prejudicado -Prontidão para o enfrentamento familiar melhorado -Processo familiar melhorado
Prurido	-Prurido
Repouso	-Repouso prejudicado
Resposta ao tratamento	-Falta de resposta ao tratamento
Resposta psicossocial à instrução	-Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado diminuída -Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado aumentada -Resposta psicossocial à instrução sobre dor diminuída -Resposta psicossocial à instrução sobre dor aumentada -Resposta psicossocial à instrução sobre medicamento aumentada -Resposta psicossocial à instrução sobre medicamento diminuída -Resposta psicossocial à instrução sobre nutrição aumentada -Resposta psicossocial à instrução sobre nutrição diminuída -Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor aumentada -Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor diminuída
Retenção urinária	-Retenção urinária -Risco de retenção urinária
Sufrimento	-Sufrimento espiritual -Sufrimento moral -Risco para sofrimento espiritual -Risco para sofrimento moral
Saúde	-Manutenção da saúde prejudicada
Socialização	-Socialização prejudicada
Sono	-Sono prejudicado -Privação de sono -Prontidão para o sono melhorado -Sono melhorado

Eixo Foco da CIPE® 1.0	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem
Sonolência	-Estado de sonolência
Taquicardia	-Taquicardia
Trauma	-Resposta pós-trauma
Tristeza	-Tristeza crônica
Volume de líquido	-Volume de líquido prejudicado
Vômito	-Vômito

Quadro 2 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por termos do eixo Foco da CIPE® Versão 1.0. João Pessoa, 2009.

Depois da construção das 156 afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermagem foi feito o mapeamento das mesmas com as afirmativas constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. Neste Catálogo existem 288 afirmativas divididas em Diagnósticos positivos (54) e Diagnósticos negativos (234). Após o mapeamento foi evidenciado que 117 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem são constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1 e 36 não constantes (Quadros 3 e 4).

Afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1	
1. Aceitação do estado de saúde	56. Enfrentamento familiar eficaz
2. Adaptação prejudicada	57. Enfrentamento prejudicado
3. Aderência ao regime alimentar	58. Estresse do cuidador
4. Aderência ao regime medicamentoso	59. Exaustão do tratamento
5. Aderência ao regime terapêutico	60. Fadiga
6. Aderência ao volume de líquidos	61. Falta de apoio social
7. Alucinação	62. Falta de conhecimento sobre doença
8. Ansiedade	63. Falta de conhecimento sobre regime alimentar
9. Ansiedade antes de morrer	64. Falta de conhecimento sobre regime terapêutico
10. Atitude conflitante em relação ao cuidado	65. Falta de resposta ao tratamento
11. Atitude conflitante em relação ao gerenciamento da medicação	66. Hipertermia
12. Atitude conflitante em relação ao regime alimentar	67. Impotência
13. Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico	68. Impotência diminuída
14. Atitude familiar conflitante	69. Incapacidade para executar auto-higiene
15. Atitude positiva em relação ao cuidado	70. Infecção
16. Atitude prejudicada em relação ao estado nutricional	71. Ingestão alimentar deficiente
17. Atividade psicomotora prejudicada	72. Ingestão nutricional prejudicada
	73. Integridade da pele prejudicada
	74. Integridade tissular prejudicada
	75. Estresse do cuidador

**Afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes no
Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1**

- | | |
|--|--|
| 18. Auto-alimentação prejudicada | 76. Intolerância à atividade |
| 19. Autocontrole baixo | 77. Isolamento social |
| 20. Autoimagem negativa | 78. Manutenção da saúde prejudicada |
| 21. Baixa autoestima crônica | 79. Medo |
| 22. Baixa autoestima situacional | 80. Membrana mucosa oral prejudicada |
| 23. Barreira na comunicação | 81. Mobilidade no leito prejudicada |
| 24. Bem-estar espiritual melhorado | 82. Mobilidade prejudicada |
| 25. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico | 83. Não aderência |
| 26. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico | 84. Náusea |
| 27. Capacidade para adaptar-se | 85. Negação |
| 28. Capacidade para banhar-se diminuída | 86. Padrão respiratório prejudicado |
| 29. Capacidade para comunicar-se melhorada | 87. Paternidade/maternidade prejudicada |
| 30. Capacidade para executar manutenção da saúde | 88. Percepção alterada |
| 31. Capacidade para gerenciar o plano terapêutico | 89. Pesar |
| 32. Capacidade para vestir-se e arrumar-se prejudicada | 90. Pesar antecipado |
| 33. Cognição prejudicada | 91. Pesar disfuncional |
| 34. Comportamento de busca da saúde | 92. Pressão sanguínea alterada |
| 35. Comportamento de busca da saúde prejudicado | 93. Privação de sono |
| 36. Comportamento sexual problemático | 94. Processo familiar melhorado |
| 37. Comunicação prejudicada | 95. Processo familiar prejudicado |
| 38. Comunicação verbal prejudicada | 96. Prontidão para autocuidado melhorado |
| 39. Confiança baixa | 97. Prontidão para autoimagem melhorada |
| 40. Confusão | 98. Prontidão para comunicação melhorada |
| 41. Conhecimento sobre processo patológico | 99. Prontidão para conforto melhorado |
| 42. Conhecimento sobre regime alimentar | 100. Prontidão para enfrentamento familiar melhorado |
| 43. Conhecimento sobre regime medicamentoso | 101. Prontidão para enfrentamento melhorado |
| 44. Constipação | 102. Prontidão para esperança aumentada |
| 45. Crenças culturais conflitantes | 103. Prontidão para o sono melhorado |
| 46. Déficit de autocuidado | 104. Prontidão para paternidade/maternidade positiva |
| 47. Deglutição prejudicada | 105. Prontidão para processo familiar melhorado |
| 48. Delírio | 106. Resposta ao desuso |
| 49. Depressão | 107. Resposta pós-trauma |
| 50. Desesperança | 108. Retenção urinária |
| 51. Distúrbio da identidade pessoal | 109. Síndrome do desuso |
| 52. Dor | 110. Sobrecarga de estresse |
| 53. Dor aguda | 111. Socialização prejudicada |
| 54. Dor crônica | 112. Sofrimento espiritual |
| 55. Efeito secundário a medicação | 113. Sofrimento moral |
| | 114. Sono melhorado |
| | 115. Sono prejudicado |
| | 116. Tristeza crônica |
| | 117. Volume de líquido prejudicado |

**Afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes no
Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1**

Quadro 3 – Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. João Pessoa, 2009.

**Afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes no
Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1**

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dignidade humana comprometida 2. Dor neuropática 3. Dor nociceptiva 4. Enfrentamento familiar ineficaz 5. Enfrentamento individual ineficaz 6. Estado de sonolência 7. Habilidade para fazer a higiene comprometida 8. Habilidade para fazer atividades de lazer comprometida 9. Inquietação 10. Lesão por quimioterapia 11. Lesão por radiação 12. Não aderência ao regime alimentar 13. Não aderência ao regime medicamentoso 14. Não aderência ao regime terapêutico 15. Não aderência ao volume de líquidos 16. Padrão alimentar alterado 17. Padrão de eliminação intestinal alterado 18. Padrão do sono alterado 19. Prurido 20. Repouso prejudicado 21. Resposta psicossocial à instrução sobre dor aumentada 22. Resposta psicossocial à instrução sobre dor diminuída | <ol style="list-style-type: none"> 23. Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor aumentada 24. Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor diminuída 25. Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado aumentada 26. Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado diminuída 27. Risco de retenção urinária 28. Risco para dignidade humana comprometida 29. Risco para padrão respiratório comprometido 30. Risco para intolerância à atividade 31. Risco para sofrimento espiritual 32. Risco para sofrimento moral 33. Risco para constipação 34. Risco para infecção 35. Taquicardia 36. Vômito |
|--|---|

Quadro 4 – Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. João Pessoa, 2009.

Discutir o por que das afirmativas que não constam no catálogo.

A OMS, em 1996, publica que as causas da dor no paciente com câncer são apenas de ordem física, quando afirma que esta dor pode ser causada pelo próprio câncer, por causas relacionadas ao câncer, como a constipação, em decorrência do tratamento anticâncer, como a quimioterapia ou por doenças concomitantes como a osteoartrite.

Sarti (2001) afirma que não se pode associar a dor apenas ao fenômeno neurofisiológico, admite-se no entanto que existem componentes psíquicos e sociais na forma como se sente e se vivencia esta dor e as expressões dolorosas são regidas por códigos culturais que são constituídos pela coletividade, pois o “O social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade. O corpo é “feito”, “produzido” em cultura e em sociedade.” Não apenas o sentimento, mas também a expressão da dor regem-se por códigos culturais, constituídos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos. A dor como realidade social está simbolizada, de acordo com os lugares sociais dos indivíduos. Em uma mesma sociedade, os indivíduos têm realidades e condições sociais diferentes, de gênero, de classe e etnia, qualificando a realidade da dor. Pode haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social (SARTI, 2001).

Esta tolerância é muito variável e está relacionada não apenas a fatores culturais (aprendizagem, experiências anteriores, significado simbólico da dor), mas também a fatores sensoriais (extensão e localização da lesão tecidual), a fatores genéticos, emocionais (medo, ansiedade, raiva) e sociais. Ainda neste estudo, Budó et al (2007), atribui significados para a dor que inclui os aspectos físicos, emocional e sentimental, aspectos religiosos e culturais individuais e afirma ainda que estudar a dor sob uma perspectiva cultural é de fundamental importância para os enfermeiros por estar em uma situação de proximidade junto ao paciente e a família .

Em toda experiência de dor, é fundamental considerar a importância da família, pois é dela que vêm as primeiras referências de significado que estruturam as experiências vividas, tanto do doente quanto dos profissionais. Todos atuam numa realidade social, tecendo a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado (SARTI, 2001).

Para Soares e Figueiredo (2001) existem múltiplas variáveis psicossociais na manutenção da dor, onde podemos observar, entre outras, a expectativa de sofrer a dor, crenças individuais, os estilos de enfrentamento, a família, a cultura, a depressão e a ansiedade.

A dor é um fenômeno multidimensional não devendo ser tratada como um sintoma meramente físico e sim deve ser considerada uma síndrome, pois apresenta em sua dimensão tanto os fenômenos físicos, quanto os psíquicos, sociais e espirituais. Os sintomas psíquicos estão presentes em 30 a 50% dos pacientes com dor e interferem diretamente na eficácia do tratamento e conseqüentemente no seu prognóstico. Cabe a equipe de saúde reconhecer estes sintomas o que facilita na percepção e manutenção dos sintomas dolorosos (JUVER, 2008).

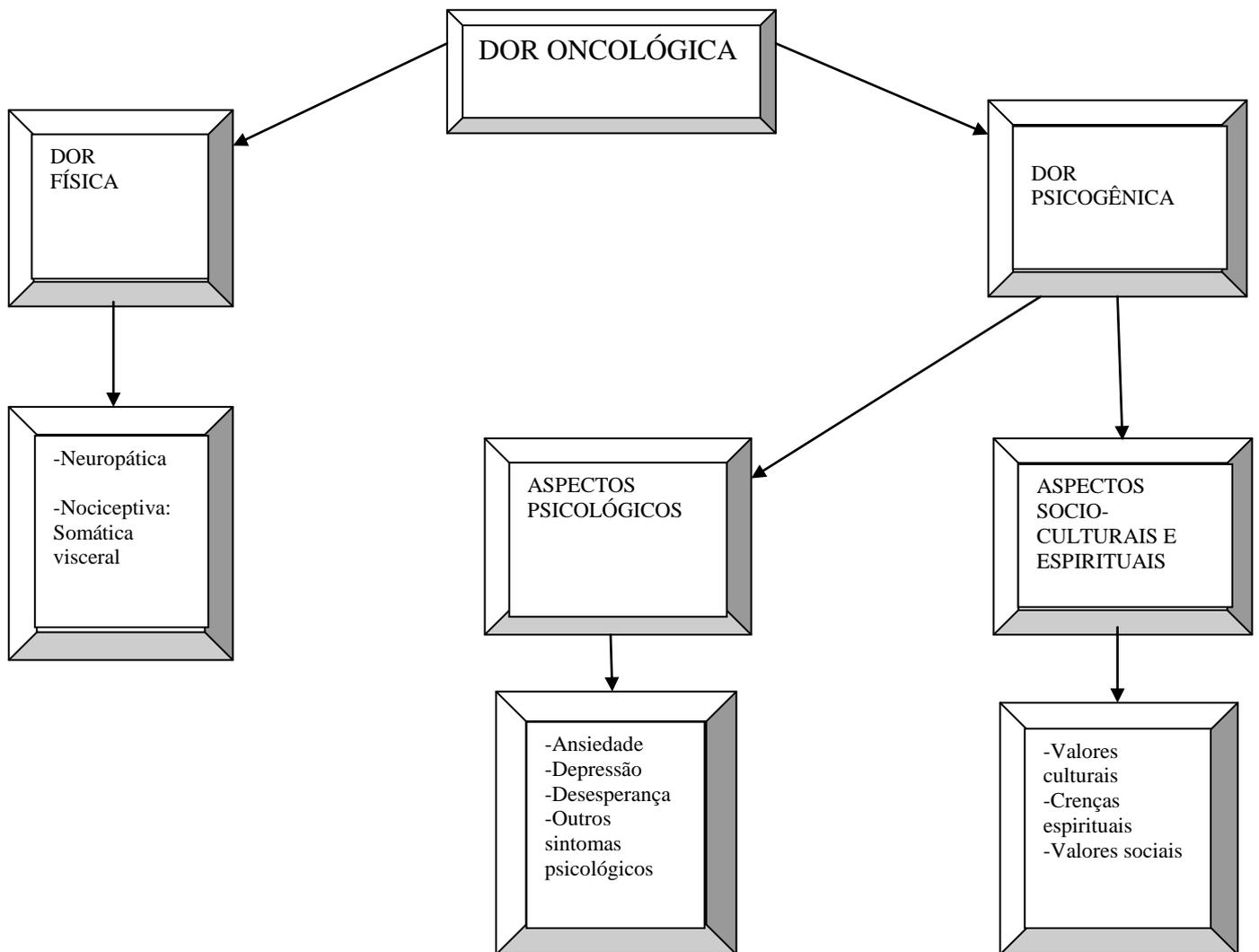


Figura 6 –Modelo teórico da dor oncológica utilizado na elaboração do Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem para Dor Oncológica. João Pessoa, 2009.

De acordo com a literatura pesquisada e a experiência clínica, a dor foi classificada em dor oncológica de origem física e dor oncológica de origem psicogênica, nesta última os fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais estão presentes influenciando a identificação e o tratamento da dor.

Os diagnósticos de enfermagem foram distribuídos de acordo com o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica que foi desenvolvido a partir de indicadores empíricos encontrados na literatura. Para os aspectos físicos foram identificados 31 diagnósticos/resultados de enfermagem. (Quadro 5).

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
Comunicação prejudicada	Membrana mucosa oral prejudicada
Constipação	Mobilidade prejudicada
Deglutição prejudicada	Náusea
Dor aguda	Padrão do sono alterado
Dor crônica	Padrão respiratório prejudicado
Dor nociceptiva	Pressão sanguínea alterada
Dor neuropática	Prurido
Estado de sonolência	Repouso prejudicado
Fadiga	Retenção urinária
Falta de resposta ao tratamento	Risco de retenção urinária
Hipertermia	Risco para constipação
Infecção	Risco para infecção
Ingestão nutricional prejudicada	Síndrome do desuso
Inquietação	Taquicardia
Integridade da pele prejudicada	Edema
Integridade tissular prejudicada	

Quadro 5– Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos físicos.

Para a dor de origem psicogênica, 30 diagnósticos/resultados de enfermagem foram construídos. (Quadro 6).

Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceitação do estado de saúde 2. Alucinação 3. Angústia 4. Ansiedade 5. Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico 6. Atitude familiar conflitante 7. Autoimagem negativa 8. Baixa autoestima situacional 9. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico 10. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico 11. Comportamento de busca da saúde prejudicado 12. Cognição prejudicada 13. Comportamento sexual problemático 14. Confusão 15. Déficit de autocuidado 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Delírio 17. Depressão 18. Desesperança 19. Distúrbio da identidade pessoal 20. Medo 21. Não aderência ao regime terapêutico 22. Negação 23. Paternidade/maternidade prejudicada 24. Percepção alterada 25. Luto antecipado 26. Processo familiar prejudicado 27. Tristeza crônica 28. Enfrentamento familiar ineficaz 29. Enfrentamento individual ineficaz 30. Impotência(falta de poder)

Quadro 6– Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos psicológicos. João Pessoa, 2009.

Para os aspectos sócio-culturais e espirituais da dor oncológica foram construídos 12 diagnósticos/resultados de enfermagem. (Quadro 7).

Aspectos Sócio-Culturais e espirituais da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
Crenças culturais conflitantes Falta de apoio social Falta de conhecimento sobre doença Falta de conhecimento sobre regime terapêutico	Isolamento social Risco para desamparo Socialização prejudicada Sofrimento espiritual Sofrimento moral Risco para sofrimento espiritual Risco para sofrimento moral

Quadro 7– Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados de enfermagem por aspectos sócio- culturais e espirituais. (João Pessoa, 2009).

3.1.4.2 Construção das intervenções de enfermagem

Para a construção de afirmativas relacionadas a intervenções de enfermagem são indicadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Ação** e um termo **Alvo** entendido como qualquer um dos termos dos demais eixos, exceto do eixo Julgamento; também podem ser incluídos, se necessário, termos adicionais do eixo ação ou de qualquer outro eixo. Neste estudo, para a composição das afirmativas de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem foram utilizadas além das diretrizes do CIE, afirmativas identificadas na literatura da área e em resultados de pesquisa que forneçam evidências relevantes.

Aspectos físicos	
Diagnósticos/resultados	Intervenções de enfermagem
Comunicação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar barreiras na comunicação -Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro. -Identificar questões culturais que interfiram na comunicação; -Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos sócio-cultural do paciente.
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar causas de constipação; -Estimular ingestão hídrica; -Estimular dietas laxativas; -Avaliar o uso de laxativos ou emolientes fecais. -Monitorar ruídos hidroaéreos -Identificar fatores que possam contribuir para a constipação -Remover a impactação fecal manualmente, se necessário
Deglutição prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar; -Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir; -Monitorar sinais e sintomas de aspiração; -Monitorar o fechar dos lábios durante os atos de beber, comer e engolir; -Avaliar estado neurológico.
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação; -Manter ambiente calmo, livre de ruídos;

	<ul style="list-style-type: none"> -Administrar medicação para dor de acordo com avaliação realizada; -Avaliar controle da dor; -Avaliar resposta a medicação; -Identificar causas da dor; -Eliminar a causa da dor;
Dor crônica	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação; -Manter ambiente calmo, livre de ruídos; -Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia; -Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor; -Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente(PCA), se apropriado; -Avaliar controle da dor; -Avaliar resposta a medicação; -Identificar causas da dor; -Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor; -Investigar com o paciente fatores que aliviam ou pioram a dor; -Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto(temp. do ambiente, ruído, iluminação); -Reduzir ou eliminar que precipitem ou aumentem a experiência de dor(medo, fadiga, monotonia e falta de informação); -Ensinar o uso de técnicas não farmacológica como: hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, aplicação de calor ou frio e massagem, ante e após atividades dolorosas; -Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor.
Dor neuropática	

Dor nociceptiva	
Edema	-Controlar ingestão hídrica; -Pesar o paciente diariamente em jejum;
Estado de sonolência	
Fadiga	
Falta de resposta ao tratamento	
Hipertermia	
Infecção	-Avaliar estado nutricional
Ingestão nutricional prejudicada	
Inquietação	-Proporcionar ambiente calmo
Integridade da pele prejudicada	
Integridade tissular prejudicada	
Mobilidade prejudicada	-Auxiliar na mobilidade no leito -Realizar mudança de decúbito -Providenciar equipamento de segurança -Usar mecânica corporal para posicionamento
Membrana mucosa oral prejudicada	-Manter higiene oral -Administrar analgésicos tópicos -Manter mucosa oral hidratada -Evitar alimentos quentes e condimentados
Náusea	
Padrão do sono alterado	-Proporcionar ambiente calmo -Avaliar causa do padrão do sono alterado -Proporcionar repouso

Padrão respiratório prejudicado	-Monitorar estado respiratório -Comunicar alterações -Atentar para bradipnéia -Oferecer suporte ventilatório
Pressão sanguínea alterada	-Manter controle da pressão sanguínea -Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia
Prurido	-Administrar anti-alérgicos -Avaliar causa do prurido -Verificar alergias
Repouso prejudicado	-Proporcionar ambiente calmo -Manter repouso satisfatório
Retenção urinária	-Instituir medidas para estimular a diurese -Sondagem vesical se necessário
Risco de retenção urinária	-Avaliar efeitos colaterais da medicação
Risco para constipação	-Estimular ingestão hídrica -Estimular dietas laxativas
Risco para infecção	-Monitorar sinais e sintomas de infecção -Prevenir infecção cruzada -Avaliar cuidados com a higiene -Avaliar susceptibilidade para infecção
Síndrome do desuso	-Estimular o movimento do membro dolorido
Taquicardia	-Verificar sinais vitais -Controlar a dor -Manter repouso
Aspectos psicológicos	
Diagosticos/resultados	Intervenções de enfermagem
1. Aceitação do estado de saúde	-Manter atitude em relação à doença

2. Alucinação	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer relação interpessoal de confiança com o paciente; -Manter ambiente seguro -Estabelecer ambiente de confiança; -Registrar o comportamento do paciente indicativo de alucinação ; -Manejar as alucinações na presença de atitude violenta ou causadora de auto-agressão. -Avaliar risco de queda -Manter vigilância contínua -Controlar medicação prescrita -Providenciar orientação sobre a realidade
3. Angústia	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular pensamento positivo -Demonstrar técnicas de relaxamento -Monitorar estado psicológico -Garantir apoio psicológico
4. Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> -Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; -Usar uma abordagem calma e segura; -Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado; -Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; -Orientar o paciente quanto a técnicas de relaxamento; -Garantir continuidade do cuidado -Estimular a musicoterapia
5. Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico

	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto ao regime terapêutico -Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso
6. Atitude familiar conflitante	<ul style="list-style-type: none"> -Reportar estado a membro da família -Esclarecer atitudes de conflito da família -Orientar família sobre a doença
7. Auto-imagem negativa	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar fatores que interferem na autoimagem -Proporcionar aceitação da imagem corporal -Oferecer apoio psicológico
8. Baixa autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> -Promover auto-estima -Oferecer apoio psicológico
9. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> -Promover capacida para gerenciar o plano terapêutico
10. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> -Promover capacida para gerenciar o plano terapêutico
11. Cognição prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar estado psicológico -Avaliar abuso de substância -Apoiar processo de tomada de decisão
12. Comportamento de busca da saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar sobre a doença
13. Comportamento sexual problemático	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar sexualidade mantida
14. Confusão	<ul style="list-style-type: none"> -Manter ambiente seguro -Avaliar risco de drogadição -Oferecer apoio psicológico -Orientar terapia de orientação para a realidade -Orientar o paciente
15. Déficit de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular o autocuidado
16. Delírio	<ul style="list-style-type: none"> -Manter ambiente seguro -Avaliar risco de drogadição

	-Oferecer apoio psicológico
17. Depressão	-Garantir apoio psicológico -Manter ambiente sem riscos -Atentar para o risco de suicídio
18. Desesperança	-Promover esperança
19. Distúrbio da identidade pessoal	-Identificar fatores que interferem no distúrbio da identidade pessoal -Proporcionar aceitação da identidade pessoal -Oferecer apoio psicológico
20. Medo	-Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo; -Avaliar medo
21. Não aderência ao regime terapêutico	- Avaliar aderência -Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico
22. Negação	-Promover aceitação da doença -Avaliar negação
23. Paternidade/maternidade prejudicada	-Estimular atitudes de paternidade/maternidade
24. Percepção alterada	-Observar alteração na percepção -Avaliar níveis de dor
25. Luto antecipado	-Orientar quanto ao processo de morrer
26. Processo familiar prejudicado	-Orientar familiares
27. Tristeza crônica	-Proporcionar métodos de distração -Proporcionar musicoterapia -Promover apoio
28. Enfrentamento familiar ineficaz	-Encorajar o envolvimento da família, se apropriado -Encorajar a família a verbalizar sentimentos sobre o indivíduo doente

	-Apoiar cuidadores
29. Enfrentamento individual ineficaz	-Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos; -Propiciar uma atmosfera de aceitação; -Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de doença;
30. Impotência(falta de poder)	--Oferecer apoio psicológico
Aspectos sócio-culturais e espirituais	
Diagosticos/resultados	Intervenções de enfermagem
Crenças culturais conflitantes	-Reconhecer a experiência cultural do paciente -Avaliar causas de conflitos culturais -Avaliar crenças culturais -Reportar crenças
Falta de apoio social	-Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social -Promover suporte social -Explicar direito do paciente -Proteger os direitos do paciente
Falta de conhecimento sobre doença	-Orientar sobre processo patológico -Orientar sobre a dor -Identificar atitude em relação a dor
Falta de conhecimento sobre regime terapêutico	-Fazer referências a grupos de suporte terapêutico -Avaliar capacidade de aprendizagem
Isolamento social	-Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias; -Oferecer treinamento apropriado de habilidades

	sociais;
Risco para desamparo	-Apoiar cuidadores -Consultar cuidador -Fazer referência à terapia familiar -Garantir a continuidade do cuidado -Avaliar estresse do cuidador
Socialização prejudicada	-Avaliar suporte social
Risco para sofrimento espiritual	-Reconhecer a experiência espiritual do paciente; -Avaliar bem estar espiritual; -Encorajar a participação em grupos de apoio; -Avaliar crenças espirituais -Avaliar crenças espirituais da família -Providenciar privacidade para comportamento espiritual -Fazer referência a serviço religioso
Sofrimento espiritual	-Reconhecer a experiência espiritual do paciente; -Avaliar bem estar espiritual; -Encorajar a participação em grupos de apoio; -Avaliar crenças espirituais -Avaliar crenças espirituais da família -Providenciar privacidade para comportamento espiritual
Sofrimento moral	-Manter dignidade e privacidade
Risco para sofrimento moral	-Manter dignidade e privacidade

Quadro 8 – Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem físicas, psicológicos e sócio culturais. João Pessoa, 2009.

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Intervenções de Enfermagem	
<p>Administra analgésicos</p> <p>Administrar analgesia controlada</p> <p>Administrar analgésicos tópicos</p> <p>Administrar antialérgicos</p> <p>Administrar antitérmicos</p> <p>Administrar medicação para dor</p> <p>Aplicar técnicas de relaxamento</p> <p>Atentar para bradipnéia</p> <p>Atentar para depressão respiratória</p> <p>Auxiliar na mobilidade do paciente</p> <p>Auxiliar na mobilidade no leito</p> <p>Avaliar atitude em relação à doença</p> <p>Avaliar atitude em relação ao tratamento</p> <p>Avaliar auto cuidado</p> <p>Avaliar causa da auto- alimentação prejudicada</p> <p>Avaliar causa de privação de sono</p> <p>Avaliar causa do padrão do sono alterado</p> <p>Avaliar causa do prurido</p> <p>Avaliar conhecimento sobre cuidado e cicatrização de feridas</p> <p>Avaliar controle da dor</p> <p>Avaliar cuidados com a higiene</p> <p>Avaliar efeitos colaterais da medicação</p> <p>Avaliar estado nutricional</p> <p>Avaliar estado respiratório através de monitor</p> <p>Avaliar exposição à radiação</p> <p>Avaliar ingesta alimentar</p> <p>Avaliar ingesta hídrica e alimentar</p> <p>Avaliar ingesta hídrica</p> <p>Avaliar ingesta hídrica e nutricional</p> <p>Avaliar intensidade dos efeitos colaterais</p> <p>Avaliar necessidade do uso de laxativos</p>	<p>Identificar barreiras na comunicação</p> <p>Identificar causa da ingestão nutricional prejudicada</p> <p>Identificar causa da intolerância</p> <p>Identificar causas da dor</p> <p>Identificar causas de constipação</p> <p>Identificar causas de falta de resposta ao tratamento</p> <p>Identificar fatores prejudiciais a deglutição</p> <p>Implementar diretrizes para dor</p> <p>Implementar oxigenoterapia</p> <p>Iniciar controle da analgesia</p> <p>Iniciar controle da analgesia</p> <p>Instituir medidas para estimular a diurese</p> <p>Intervir de maneira eficaz nestas barreiras</p> <p>Manter ambiente calmo</p> <p>Manter comunicação melhorada</p> <p>Manter controle da pressão sanguínea</p> <p>Manter higiene oral</p> <p>Manter mucosa oral hidratada</p> <p>Manter o sono melhorado</p> <p>Manter repouso</p> <p>Manter repouso satisfatório</p> <p>Manter sono melhorado</p> <p>Monitorar causas de inquietação</p> <p>Monitorar estado respiratório</p> <p>Monitorar extensão da lesão</p> <p>Monitorar respiração</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção</p> <p>Monitorar temperatura corporal</p> <p>Observar trauma por radiação</p> <p>Orientar família sobre prevenção de quedas</p> <p>Orientar o paciente quanto as outras formas de comunicação</p>

<p>Avaliar nível de sonolência</p> <p>Avaliar padrão de eliminação intestinal</p> <p>Avaliar padrão de sono</p> <p>Avaliar privação de sono</p> <p>Avaliar resposta a medicação</p> <p>Avaliar resposta a medicação</p> <p>Avaliar resposta a termorregulação</p> <p>Avaliar susceptibilidade para infecção</p> <p>Avaliar terapias tradicionais</p> <p>Colaborar no início da analgesia controlada pelo paciente</p> <p>Comunicar alterações</p> <p>Controlar a dor</p> <p>Controlar efeitos colaterais de medicação</p> <p>Controlar medicação prescrita</p> <p>Controlar regime dietético</p> <p>Controlar resposta negativa ao tratamento</p> <p>Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos</p> <p>Cuidar da ferida</p> <p>Cuidar do local da ferida</p> <p>Cuidar do local de inserção de dispositivos</p> <p>Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos</p> <p>Demonstrar técnicas de relaxamento</p> <p>Eliminar a causa da dor</p> <p>Estimular dietas laxativas</p> <p>Estimular ingestão hídrica</p> <p>Estimular ingestão nutricional</p> <p>Estimular o autocuidado</p> <p>Estimular o descanso</p> <p>Estimular o movimento do membro dolorido</p> <p>Evitar alimentos muito quentes ou muito frios</p> <p>Evitar alimentos quentes e condimentados</p> <p>Facilitar acesso ao tratamento</p> <p>Gerenciar segurança no ambiente</p> <p>Identificar atitudes em relação a dor</p>	<p>Orientar prevenção de quedas</p> <p>Orientar quanto à importância da manutenção da saúde</p> <p>Orientar sobre a nutrição</p> <p>Orientar sobre como aumentar a tolerância a atividade</p> <p>Orientar sobre necessidade dietética</p> <p>Posicionar o paciente</p> <p>Prevenir constipação</p> <p>Prevenir infecção cruzada</p> <p>Prevenir quedas</p> <p>Prevenir trauma por radiação</p> <p>Prevenir trauma químico</p> <p>Prevenir trauma térmico</p> <p>Priorizar regime terapêutico</p> <p>Promover termorregulação positiva</p> <p>Proporcionar alimentação satisfatória</p> <p>Proporcionar ambiente calmo</p> <p>Proporcionar ambiente calmo e seguro</p> <p>Proporcionar comunicação de maneira clara</p> <p>Proporcionar dieta pastosa</p> <p>Proporcionar facilidade no regime terapêutico</p> <p>Proporcionar repouso</p> <p>Proporcionar uma comunicação eficaz</p> <p>Proporcionar uma nutrição adequada</p> <p>Proteger a pele irradiada</p> <p>Providenciar equipamento de segurança</p> <p>Realizar mudança de decúbito</p> <p>Sondagem vesical se necessário</p> <p>Usar a mecânica corporal para posicionamento</p> <p>Utilizar medidas alternativas para o controle da dor</p> <p>Verificar alergias</p> <p>Verificar sinais vitais</p> <p>Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia</p> <p>Verificar temperatura corporal</p>
--	--

Quadro 9 – Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem físicas. João Pessoa, 2009.

Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica Intervenções de Enfermagem	
1. Apoiar estado psicológico	40. Identificar fatores que interferem na autoimagem
2. Apoiar processo de tomada de decisão	41. Manter aderência ao regime alimentar
3. Atentar para o risco de suicídio	42. Manter aderência ao regime medicamentoso
4. Avaliar abuso de substância	43. Manter aderência ao regime terapêutico
5. Avaliar aderência	44. Manter aderência ao volume de líquido eficaz
6. Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso	45. Manter ambiente seguro
7. Avaliar barreiras para adesão ao medicamento	46. Manter ambiente sem riscos
8. Avaliar barreiras para não adesão ao regime alimentar	47. Manter atitude em relação a doença
9. Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico	48. Manter atitude positiva em relação ao cuidado
10. Avaliar barreiras para não adesão ao volume de líquido oferecido	49. Manter capacidade de comunicar-se
11. Avaliar capacidade para adaptar-se	50. Manter orientação sobre nutrição
12. Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico	51. Manter orientação sobre o processo patológico
13. Avaliar causas da atitude em relação ao gerenciamento da medicação	52. Manter orientação sobre regime medicamentoso
14. Avaliar causas da atitude em relação ao regime alimentar	53. Manter vigilância contínua
15. Avaliar estado psicológico	54. Monitorar estado psicológico
16. Avaliar medo	55. Observar alteração na percepção
17. Avaliar negação	56. Oferecer apoio psicológico
18. Avaliar níveis de dor	57. Orientar família sobre a doença
19. Avaliar resposta a infusão de líquidos	58. Orientar o paciente
20. Avaliar resposta psicossocial à orientação sobre a nutrição	59. Orientar quanto a importância da adesão ao regime alimentar
21. Avaliar risco de drogadição	60. Orientar quanto ao gerenciamento da medicação
22. Avaliar risco de queda	61. Orientar quanto ao processo de morrer
23. Controlar medicação prescrita	62. Orientar quanto ao regime alimentar
24. Demonstrar técnicas de relaxamento	63. Orientar quanto ao regime terapêutico
25. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo;	64. Orientar sobre a doença
26. Ensinar técnicas de adaptação	65. Orientar terapia de orientação para a realidade
27. Esclarecer atitudes de conflito da família	66. Promover aceitação da doença
	67. Promover auto-estima

<p>28. Estabelecer ambiente de confiança</p> <p>29. Estabelecer interação terapêutica</p> <p>30. Estimular a musicoterapia</p> <p>31. Estimular atitudes de paternidade/maternidade</p> <p>32. Estimular o autocuidado</p> <p>33. Estimular pensamento positivo</p> <p>34. Estimular técnicas de relaxamento</p> <p>35. Garantir apoio psicológico</p> <p>36. Garantir continuidade do cuidado</p> <p>37. Identificar fatores que interferem no distúrbio da identidade pessoal</p> <p>38. Identificar atitude em relação ao cuidado</p> <p>39. Identificar causas que afetam o comportamento de saúde</p>	<p>68. Promover capacidade para gerenciar o plano terapêutico</p> <p>69. Promover esperança</p> <p>70. Promover o autocontrole</p> <p>71. Promover o autocuidado</p> <p>72. Promover o autocuidado</p> <p>73. Proporcionar aceitação da identidade pessoal</p> <p>74. Proporcionar aceitação da imagem corporal</p> <p>75. Proporcionar sexualidade mantida</p> <p>76. Providenciar materiais para instrução</p> <p>77. Providenciar orientação sobre a realidade</p> <p>78. Reportar estado a membro da família</p>
--	--

Quadro 10 – Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] Versão 1.1. por aspectos de ordem psicológicas. João Pessoa, 2009.

Aspectos Sociais, Culturais e Espirituais da Dor Oncológica Intervenções de Enfermagem	
<p>Apoiar cuidadores</p> <p>Avaliar bem estar espiritual;</p> <p>Avaliar capacidade de aprendizagem</p> <p>Avaliar causas de conflitos culturais</p> <p>Avaliar crenças culturais</p> <p>Avaliar crenças espirituais</p> <p>Avaliar crenças espirituais da família</p> <p>Avaliar estresse do cuidador</p>	<p>Fazer referências a grupos de suporte terapêutico</p> <p>Garantir a continuidade do cuidado</p> <p>Identificar atitude em relação a dor</p> <p>Manter bem-estar epiritual</p> <p>Manter dignidade e privacidade</p> <p>Oferecer treinamento apropriado de habilidades sociais;</p>

<p>Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social</p> <p>Avaliar suporte social</p> <p>Consultar cuidador</p> <p>Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias;</p> <p>Encorajar a participação em grupos de apoio;</p> <p>Explicar direito do paciente</p> <p>Fazer referência a serviço religioso</p> <p>Fazer referência à terapia familiar</p>	<p>Orientar sobre a dor</p> <p>Orientar sobre processo patológico</p> <p>Orientar sobre regime alimentar</p> <p>Promover suporte social</p> <p>Proteger os direitos do paciente</p> <p>Providenciar privacidade para comportamento espiritual</p> <p>Reconhecer a experiência cultural do paciente</p> <p>Reconhecer a experiência espiritual do paciente;</p> <p>Reportar crenças</p>
--	--

Quadro 11 – Distribuição das Intervenções de enfermagem contantes e não constantes no Catálogo de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® Versão 1.1. por aspectos de ordem sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.

3.1.5 Desenvolver conteúdo de apoio

O conteúdo de apoio foi desenvolvido no decorrer da dissertação, a mesma contempla uma revisão de literatura sobre dor e dor oncológica, seu processo fisiológico e patológicos, suas classificações e seus tratamentos, contempla também a CIPE®, seus propósitos para a enfermagem e a construção de catálogos para facilitar a prática de enfermagem. MIRIAN

ESTRUTURA DO CATÁLOGO CIPE[®] PARA DOR ONCOLÓGICA

4. ESTRUTURA DO CATÁLOGO CIPE[®] PARA DOR ONCOLÓGICA

Este catálogo foi desenvolvido para a prioridade de saúde DOR ONCOLÓGICA. A CIPE[®] define o cliente como o sujeito dos diagnósticos/ resultados de enfermagem e recipiente das intervenções de enfermagem (CIE, 2005) e este catálogo o identifica como o cliente com dor oncológica em toda sua dimensão incluindo a dor de origem física e a dor de origem psicogênicas onde os aspectos psicológicos, culturais e espirituais estão presentes.

Os objetivos deste catálogo são:

- Servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes com dor oncológica, não substituindo o raciocínio clínico tão pouco a tomada de decisão;
- Dar suporte a documentação sistemática do cuidado de enfermagem, usando a CIPE®.

Significância para a enfermagem

Hoje aproximadamente nove milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica e metade delas relata a dor em todos os estágios da doença. Cerca de 10% a 15% dos pacientes que estão com doença em estágio inicial apresentam dor de intensidade significativa, esta incidência aumenta para 25% a 30% em pacientes com doença metastática e nas fases avançadas da doença, 60% a 90% referem dor de maior intensidade. Atualmente a dor está sendo considerada um dos sintomas mais frequente e mais temido em pacientes com neoplasia maligna. O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto ao paciente com dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do paciente e aliviar sua dor, através de cuidados especiais oferecidos para o conforto do paciente, de modo que ele possa desenvolver sua capacidade funcional e sobreviver sem dor (TULLI; PINHEIRO; TEIXEIRA, s/d)

Modelo estrutural de dor oncológica

O modelo de dor oncológica desenvolvido e construído a partir de indicadores empíricos e foi o alicerce para a construção e organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem constantes neste estudo.

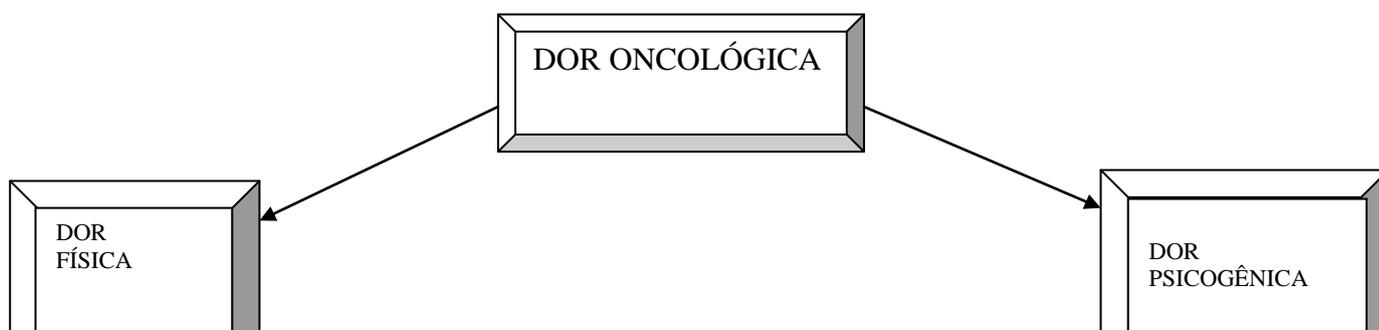


Figura 7 –Modelo estrutural da dor oncológica por aspectos de ordem físicas, psicológicos e sócio culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.

O modelo de dor oncológica contempla a dor de duas origem:

- **Origem física:** neuropática e nociceptiva (somática e visceral), que podem ser:

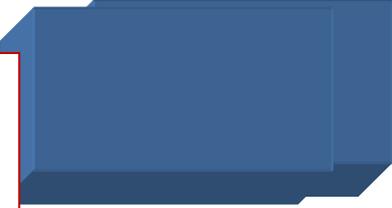
1) causadas pelo próprio câncer- 46% a 92%: invasão óssea tumoral, invasão tumoral visceral, invasão tumoral do sistema nervoso periférico, extensão direta às partes moles, aumento da pressão intracraniana;

2) relacionada ao câncer- 12% 29%: espasmo muscular, linfedema, escara de decúbito, constipação intestinal;

3) relacionada ao tratamento anticâncer-5% a 20%: pós-operatória (pós- mastectomia, pós-amputação), pós-quimioterapia (mucosites, neuropatias periféricas, nevralgia pós-herpética, espasmos vesicais), pós-radioterapia (mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar);

4) desordens concomitantes- 8% a 22%: osteoartrite, espondiloartrose, entre outras (INCA, 2002).

-Origem psicogênica: 1) aspectos culturais: crenças culturais, visão de mundo, diversidade cultural, valores culturais, comportamentos (BUDÓ et al, 2007); 2) aspectos sociais: deteriorização da qualidade de vida (SHAHI; RUEDA; MANGA,2007), tumulto social (FONTES; JAQUES, 2007), desafio à dignidade (COSTA et al, 2007); 3) aspectos psicológicos: angústia, culpa (SILVA; ZAGO, 2001), depressão, ansiedade (SOUSA, 2002), desesperança, desespero(FINE; MIASKOWSKI; PAICE, 2004)



EXPOSIÇÃO DOS DIAGNÓSTICO/ RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DOR ONCOLÓGICA USANDO A CIPE®

As afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem estão distribuídas de acordo com o modelo de dor oncológica desenvolvido, que se baseia em aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. As afirmativas desenvolvidas contemplam todos os aspectos, mas deve ficar claro que é um guia que deve ser seguido pelos enfermeiros, não dispensando portanto a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão.

Os diagnósticos/resultados de enfermagem estão listados em ordem alfabética e distribuídos por cada tema. As intervenções de enfermagem seguem o mesmo processo, estando distribuídas por tema e em ordem alfabética. Cada intervenção de enfermagem deve ser avaliada e aplicada respeitando a individualidade de cada cliente.

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
Atividade psicomotora prejudicada	Manutenção da saúde prejudicada
Autoalimentação prejudicada	Membrana mucosa oral prejudicada
Barreira na comunicação	Mobilidade no leito prejudicada
Comunicação prejudicada	Mobilidade prejudicada
Comunicação verbal prejudicada	Náusea
Constipação	Padrão alimentar alterado
Deglutição prejudicada	Padrão de eliminação intestinal alterado
Dispneia	Padrão do sono alterado
Dor aguda	Padrão respiratório prejudicado
Dor crônica	Pressão sanguínea alterada
Dor nociceptiva	Privação de sono
Dor neuropática	Prontidão para autocuidado melhorado
Edema	Prontidão para comunicação melhorada
Efeito secundário a medicação	Prontidão para o sono melhorado
Estado de sonolência	Prurido
Exaustão do tratamento	Repouso prejudicado
Fadiga	Resposta ao desuso
Falta de resposta ao tratamento	Resposta pós-trauma
Hipertermia	Retenção urinária
Infecção	Risco de retenção urinária
Ingestão alimentar deficiente	Risco para constipação
Ingestão nutricional prejudicada	Risco para infecção
Inquietação	Síndrome do desuso
Integridade da pele prejudicada	Sono melhorado
Integridade tissular prejudicada	Sono prejudicado
Intolerância à atividade	Taquicardia
Lesão por quimioterapia	Edema
Lesão por radiação	

Aspectos Físicos da Dor Oncológica Intervenções de Enfermagem	
Administra analgésicos	Identificar barreiras na comunicação
Administrar analgesia controlada	Identificar causa da ingestão nutricional prejudicada
Administrar analgésicos tópicos	Identificar causa da intolerância
Administrar antialérgicos	Identificar causas da dor
Administrar antitérmicos	Identificar causas de constipação
Administrar medicação para dor	Identificar causas de falta de resposta ao tratamento
Aplicar técnicas de relaxamento	Identificar fatores prejudiciais a deglutição
Atentar para bradipnéia	Implementar diretrizes para dor
Atentar para depressão respiratória	Implementar oxigenoterapia
Auxiliar na mobilidade do paciente	Iniciar controle da analgesia
Auxiliar na mobilidade no leito	Iniciar controle da analgesia
Avaliar atitude em relação à doença	Instituir medidas para estimular a diurese
Avaliar atitude em relação ao tratamento	Intervir de maneira eficaz nestas barreiras
Avaliar autocuidado	Manter ambiente calmo
Avaliar causa da autoalimentação prejudicada	Manter comunicação melhorada
Avaliar causa de privação de sono	Manter controle da pressão sanguínea
Avaliar causa do padrão do sono alterado	Manter higiene oral
Avaliar causa do prurido	Manter mucosa oral hidratada
Avaliar conhecimento sobre cuidado e cicatrização de feridas	Manter o sono melhorado
Avaliar controle da dor	Manter repouso
Avaliar cuidados com a higiene	Manter repouso satisfatório
Avaliar efeitos colaterais da medicação	Manter sono melhorado
Avaliar estado nutricional	Monitorar causas de inquietação
Avaliar estado respiratório através de monitor	Monitorar estado respiratório
Avaliar exposição à radiação	Monitorar extensão da lesão
Avaliar ingesta alimentar	Monitorar respiração
Avaliar ingesta hídrica e alimentar	Monitorar sinais e sintomas de infecção
Avaliar ingesta hídrica	Monitorar temperatura corporal
Avaliar ingesta hídrica e nutricional	Observar trauma por radiação
Avaliar intensidade dos efeitos colaterais	Orientar família sobre prevenção de quedas
Avaliar necessidade do uso de laxativos	Orientar o paciente quanto as outras formas de comunicação
Avaliar nível de sonolência	Orientar prevenção de quedas
Avaliar padrão de eliminação intestinal	Orientar quanto à importância da manutenção da saúde
Avaliar padrão de sono	Orientar sobre a nutrição
Avaliar privação de sono	Orientar sobre como aumentar a tolerância a atividade
Avaliar resposta a medicação	Orientar sobre necessidade dietética
Avaliar resposta a medicação	Posicionar o paciente
Avaliar resposta a termorregulação	Prevenir constipação
Avaliar susceptibilidade para infecção	Prevenir infecção cruzada
Avaliar terapias tradicionais	Prevenir quedas
Colaborar no início da analgesia controlada pelo paciente	
Comunicar alterações	

<p> Controlar a dor Controlar efeitos colaterais de medicação Controlar medicação prescrita Controlar regime dietético Controlar resposta negativa ao tratamento Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos Cuidar da ferida Cuidar do local da ferida Cuidar do local de inserção de dispositivos Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos Demonstrar técnicas de relaxamento Eliminar a causa da dor Estimular dietas laxativas Estimular ingestá hídrica Estimular ingestá nutricional Estimular o autocuidado Estimular o descanso Estimular o movimento do membro dolorido Evitar alimentos muito quentes ou muito frios Evitar alimentos quentes e condimentados Facilitar acesso ao tratamento Gerenciar segurança no ambiente Identificar atitudes em relação a dor </p>	<p> Prevenir trauma por radiação Prevenir trauma químico Prevenir trauma térmico Priorizar regime terapêutico Promover termorregulação positiva Proporcionar alimentação satisfatória Proporcionar ambiente calmo Proporcionar ambiente calmo e seguro Proporcionar comunicação de maneira clara Proporcionar dieta pastosa Proporcionar facilidade no regime terapêutico Proporcionar repouso Proporcionar uma comunicação eficaz Proporcionar uma nutrição adequada Proteger a pele irradiada Providenciar equipamento de segurança Realizar mudança de decúbito Sondagem vesical se necessário Usar a mecânica corporal para posicionamento Utilizar medidas alternativas para o controle da dor Verificar alergias Verificar sinais vitais Verificar sinais vitais quatro vezes ao dia Verificar temperatura corporal </p>
--	---

Quadro 12 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os Aspectos físicos. João Pessoa, 2009.

Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
1. Aceitação do estado de saúde	48. Habilidade para fazer a higiene comprometida
2. Adaptação prejudicada	49. Habilidade para fazer atividades de lazer comprometida
3. Aderência ao regime alimentar	50. Impotência
4. Aderência ao regime medicamentoso	51. Impotência diminuída melhorada
5. Aderência ao regime terapêutico	52. Incapacidade para executar auto-higiene
6. Aderência ao volume de líquidos	53. Medo
7. Alucinação	54. Não aderência
8. Angústia	55. Não aderência ao regime alimentar
9. Ansiedade	56. Não aderência ao regime medicamentoso
10. Ansiedade antes de morrer	57. Não aderência ao regime terapêutico
11. Atitude conflitante em relação ao cuidado	58. Não aderência ao volume de líquidos
12. Atitude conflitante em relação ao gerenciamento da medicação	59. Negação
13. Atitude conflitante em relação ao regime alimentar	60. Paternidade/maternidade prejudicada
14. Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico	61. Percepção alterada
15. Atitude familiar conflitante	62. Pesar
16. Atitude positiva em relação ao cuidado	63. Pesar antecipado
17. Atitude prejudicada em relação ao estado nutricional	64. Pesar disfuncional
18. Autocontrole baixo	65. Processo familiar melhorado
19. Autoimagem negativa	66. Processo familiar prejudicado
20. Baixa autoestima crônica	67. Prontidão para autoimagem
21. Baixa autoestima situacional	68. Prontidão para conforto melhorado
22. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico	69. Prontidão para enfrentamento familiar melhorado
23. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico	70. Prontidão para enfrentamento melhorado
24. Capacidade para adaptar-se	71. Prontidão para esperança aumentada
25. Capacidade para banhar-se diminuída	72. Prontidão para paternidade/maternidade positiva
26. Capacidade para comunicar-se melhorada	73. Prontidão para processo familiar melhorado
27. Capacidade para vestir-se e arrumar-se prejudicada	74. Resposta psicossocial à instrução
28. Cognição prejudicada	75. Resposta psicossocial à instrução sobre dor aumentada
29. Comportamento de busca da saúde	76. Resposta psicossocial à instrução sobre dor diminuída
30. Comportamento de busca da saúde prejudicado	77. Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor aumentada
31. Comportamento sexual problemático	78. Resposta psicossocial à instrução sobre gerenciamento da dor diminuída
32. Confusão	79. Resposta psicossocial à instrução sobre medicamento aumentada
33. Conhecimento sobre processo patológico	80. Resposta psicossocial à instrução sobre nutrição aumentada-
34. Conhecimento sobre regime alimentar	81. Resposta psicossocial à instrução sobre nutrição diminuída
35. Conhecimento sobre regime medicamentoso	82. Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado aumentada
36. Déficit de autocuidado	83. Resposta psicossocial à instrução sobre planejamento do cuidado diminuída
37. Delírio	84. sobre medicamento diminuída
38. Depressão	85. Tristeza crônica
39. Desesperança	
40. Distúrbio da identidade pessoal	
41. Enfrentamento familiar eficaz	
42. Enfrentamento familiar ineficaz	
43. Enfrentamento individual ineficaz	
44. Enfrentamento prejudicado	
45. Incapacidade para executar auto-higiene	

<p>46. Medo 47. Não aderência</p>	
<p>84. Aspectos Psicológicos da Dor Oncológica 85. Intervenções de Enfermagem</p>	
<p>Apoiar estado psicológico Apoiar processo de tomada de decisão Atentar para o risco de suicídio Avaliar abuso de substância Avaliar aderência Avaliar atitude em relação ao regime medicamentoso Avaliar barreiras para adesão ao medicamento Avaliar barreiras para não adesão ao regime alimentar Avaliar barreiras para não adesão ao regime terapêutico Avaliar barreiras para não adesão ao volume de líquido oferecido Avaliar capacidade para adaptar-se Avaliar causa de atitude em relação ao regime terapêutico Avaliar causas da atitude em relação ao gerenciamento da medicação Avaliar causas da atitude em relação ao regime alimentar Avaliar estado psicológico Avaliar medo Avaliar negação Avaliar níveis de dor Avaliar resposta a infusão de líquidos Avaliar resposta psicossocial à orientação sobre a nutrição Avaliar risco de drogadição Avaliar risco de queda Controlar medicação prescrita</p>	<p>Identificar fatores que interferem na autoimagem Manter aderência ao regime alimentar Manter aderência ao regime medicamentoso Manter aderência ao regime terapêutico Manter aderência ao volume de líquido eficaz Manter ambiente seguro Manter ambiente sem riscos Manter atitude em relação a doença Manter atitude positiva em relação ao cuidado Manter capacidade de comunicar-se Manter orientação sobre nutrição Manter orientação sobre o processo patológico Manter orientação sobre regime medicamentoso Manter vigilância contínua Monitorar estado psicológico Observar alteração na percepção Oferecer apoio psicológico Orientar família sobre a doença Orientar o paciente Orientar quanto a importância da adesão ao regime alimentar Orientar quanto ao gerenciamento da medicação Orientar quanto ao processo de morrer Orientar quanto ao regime alimentar Orientar quanto ao regime terapêutico</p>

<p>Demonstrar técnicas de relaxamento</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo;</p> <p>Ensinar técnicas de adaptação</p> <p>Esclarecer atitudes de conflito da família</p> <p>Estabelecer ambiente de confiança</p> <p>Estabelecer interação terapêutica</p> <p>Estimular a musicoterapia</p> <p>Estimular atitudes de paternidade/maternidade</p> <p>Estimular o autocuidado</p> <p>Estimular pensamento positivo</p> <p>Estimular técnicas de relaxamento</p> <p>Garantir apoio psicológico</p> <p>Garantir continuidade do cuidado</p> <p>Identificar fatores que interferem no distúrbio da identidade pessoal</p> <p>Identificar atitude em relação ao cuidado</p> <p>Identificar causas que afetam o comportamento de saúde</p>	<p>Orientar sobre a doença</p> <p>Orientar terapia de orientação para a realidade</p> <p>Promover aceitação da doença</p> <p>Promover auto-estima</p> <p>Promover capacidade para gerenciar o plano terapêutico</p> <p>Promover esperança</p> <p>Promover o autocontrole</p> <p>Promover o autocuidado</p> <p>Promover o autocuidado</p> <p>Proporcionar aceitação da identidade pessoal</p> <p>Proporcionar aceitação da imagem corporal</p> <p>Proporcionar sexualidade mantida</p> <p>Providenciar materiais para instrução</p> <p>Providenciar orientação sobre a realidade</p> <p>Reportar estado a membro da família</p>
---	--

Quadro 13 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os Aspectos psicológicos. João Pessoa, 2009.

Aspectos Sócio-Culturais e espirituais da Dor Oncológica Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
Bem-estar espiritual melhorado Crenças culturais conflitantes Falta de apoio social Falta de conhecimento sobre doença Falta de conhecimento sobre regime alimentar Falta de conhecimento sobre regime terapêutico	Isolamento social Risco para desamparo Socialização prejudicada Sofrimento espiritual Sofrimento moral Risco para sofrimento espiritual Risco para sofrimento moral
Aspectos Sociais, Culturais e Espirituais da Dor Oncológica Intervenções de Enfermagem	
Apoiar cuidadores Avaliar bem estar espiritual; Avaliar capacidade de aprendizagem Avaliar causas de conflitos culturais Avaliar crenças culturais Avaliar crenças espirituais Avaliar crenças espirituais da família Avaliar estresse do cuidador Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social Avaliar suporte social Consultar cuidador Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias; Encorajar a participação em grupos de apoio; Explicar direito do paciente Fazer referência a serviço religioso Fazer referência à terapia familiar	Fazer referências a grupos de suporte terapêutico Garantir a continuidade do cuidado Identificar atitude em relação a dor Manter bem-estar espiritual Manter dignidade e privacidade Oferecer treinamento apropriado de habilidades sociais; Orientar sobre a dor Orientar sobre processo patológico Orientar sobre regime alimentar Promover suporte social Proteger os direitos do paciente Providenciar privacidade para comportamento espiritual Reconhecer a experiência cultural do paciente Reconhecer a experiência espiritual do paciente; Reportar crenças

--	--

Quadro 14 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os Aspectos sociais, culturais e espirituais. João Pessoa, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de Catálogos CIPE[®] favorece a sistematização da assistência de enfermagem tendo em vista o mesmo contemplar os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções de enfermagem, tornando-o um instrumento facilitador da prática do cuidar.

A dor oncológica está presente na vida da grande maioria dos pacientes com câncer, essa dor inicia-se desde o momento do diagnóstico, quando o mesmo se submete a exaustivos procedimentos invasivos na intenção de estadiar a doença, passando pelo tratamento, seja ele cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico e pode ir até os últimos dias de sua vida, na doença terminal que tem como característica a dor devido a invasão tumoral.

A dor é um sintoma subjetivo e como tal é de difícil avaliação, cada pessoa percebe, reage e elabora sua dor de forma singular e particular, este fato a torna um grande problema a ser enfrentado e faz com que os motivos que a causam sejam expostos de forma correta. Não é difícil perceber que os profissionais que assistem a essa clientela sejam um tanto imaturos no que diz respeito a avaliação e ao tratamento da dor, muitos não a reconhecem como real, não a vêem como parte da doença ou que a mesma pode se constituir a própria doença. O modelo biomédico da assistência ainda é muito utilizado, o cliente sente dor – administra-se analgésicos, há uma lacuna em por em prática o conceito de dor total, onde além dos aspectos físicos, os aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais estão presentes no indivíduo que sente dor oncológica.

Ao iniciar este trabalho tinha em mente a construção de um catálogo CIPE[®], que contempla, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem em um só instrumento, para assistir a pacientes oncológicos que sofrem de dor. As afirmativas de diagnósticos/resultados

de enfermagem foram construídas a partir daquela forma de ver a dor oncológica, contemplando seu aspecto multidimensional e tratando o cliente de forma holística. Estas afirmativas não foram esgotadas em sua totalidade pois aspectos individuais inerentes a cada paciente não foram contemplados, estes que faltam fazem parte da avaliação e do raciocínio clínico do enfermeiro, pois sua visão de mundo também influenciam na construção dessas afirmativas. As intervenções de enfermagem seguiram a mesma metodologia e também não foram esgotadas em sua totalidade, ficando a critério do enfermeiro, a construção das afirmativas inerentes ao estado físico, psicológico, social, cultural e espiritual pelo qual o paciente passa naquele momento.

VER MIRIAN.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: INCA; 2002.

_____. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: Inca 2001;124

_____. **O alívio da dor no câncer.** 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 1997

ARAÚJO, A. M., et al. **Tratamiento Del dolor em El paciente oncológico.**An. Sist.Sanit. Navar. 2004; 27 (supl. 3): 63-75.

BARTZ, C.; et al. **ICNP® Catalogues.** Presented in: ACENDIO Conference, Amsterdam, 19-21 April, 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/Acendio2007/ICNPcatalogues-042107.html>> Acesso em: 4 jul. 2007.

BOSCH, F. X. et al. (Org) **Manual de Oncologia Clínica.** New York: Springer-Verlag, 1994/Tradução pela Fundação Oncocentro de São Paulo, com autorização da União Internacional Contra o Câncer UICC/

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº. 196/96:** dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A Situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. Estimativa 2008: incidência do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro (RJ) INCA, 2007.

BUDÓ, et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente a dor. ????, 2007.
CAMONERO, R., LAJE, L. M., MURADIAN, M. A. N. **A individualidade na dor associada à neoplasia.** Prática Hospitalar, ano IX- n 53- set-out/2007.

COENEN, A. **International Classification for Nursing Practice (ICNP®).** Presented in: ICNP® Consortium Meeting, held during the ICN Conference in Yokohama, Japan, 30 May – 1 June, 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/icnp-pres2007/Introduction-ICNP-Consortium.html>> Acesso em: 4 jul. 2007.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, **Resolução nº 358/2009**. 23/10/2009. Nº 358, DE 15 DE OUTUBRO DE 2009. DOU 23.10.2009

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0**. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2005. /Título original: International Classification for Nursing Practice – ICNP® Version 1.0/

DIAZ, F. P. **Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.** Dolor iatrogênico. *Oncologia*, 2005; 28 (3): 139-143.

DUCCI, A. J., PIMENTA, C. A. M., **Programas educativos e a dor oncológica**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003, 49(3): 185-192.

DWORKIN, R.H., O'CONNOR, A.B, BANKOJA, M., FARRAR, J. T., FINNERUP, N. B., JENSEN. T. S. ,Pharmacologic Management of Neuropathic Pain: evidence-based recommendations. *Pain*-132(2007) 237-51, ELSEVIER.

FINE, P.G., MIASKOWSKI, C., PAICE, J.A. **Meeting the challenges in cancer pain management**. Volume 2 Supplement 4 . nov/dez- 2004.

FINERUP, N. B., JENSEM, T, S. Mechanisms of disease: mechanism based classification of neuropathic pain- a critical analysis. *Nature Clinical Practice Neurology*, 2006, vol. 2.-107-115.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. **O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5º Sinal Vital**. *Cienc Cuid Saúde* 2007;6(suplem.2):481-487.

FRUTUOSO, Joselma Tavares e CRUZ, Roberto Moraes. **Relato verbal na avaliação psicológica da dor**. *Aval. psicol.*, nov. 2004, vol.3, no.2, p.107-114. ISSN 1677-0471.

FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE, Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer, <http://www.hcanc.org.br>-Saúde em Movimento © 2000 - 2001 – Data da Publicação: 28/01/2002

IASP. International Association for the Study of Pain. **Proposed Taxonomy Changes**. p. 1, 2007. Disponível em: <[http:// www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)>. Acesso em: 20 nov 2009.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nurse experts needed for ICNP® catalogue review**. *ICNP® Bulletin*, n. 1, June 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/icnpbulletin.htm>> Acesso em: 4 jul. 2007.

JANSEN, K. **ICNP® Catalogues**. Presented in: ACENDIO Conference, Amsterdam, 19-21 April 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/Acendio2007/ICNPtutorial-Catalogues-041907.html>> Acesso em: 4 jul. 2007.

KIPEL, A. G. B. Prevalência da dor: Mitos, Medos e Desacertos Relacionados ao Uso de Analgésicos Opiáceos. **Texto & Contexto Enferm**, 2004 Abr-jun; 13(2):303-8.

KLAUMANN, P. R., WOUK, A. F. P. F., SILAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, v.13, n.1, p.1-12, 2008. ISSN 1517-784X.

KURASHIMA, A. Y.; SERRANO, S. C.; OLIVEIRA JÚNIOR, J. O. No controle da dor. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. Barueri (SP): Manole, 2007. p.149-165.

LIMA, M. C. **Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Pediátrica do HULW/UFPB**. 2008. 65 f. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MICELI, A.V.P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(3): 363-373.

MORAES, T. M. **Atuação do enfermeiro na dor oncológica**. In: CHAVES, L.D., LEÃO, E. R. *Dor – 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 2ª ed, Editora Martinari, 2007.

MORAES, T. M. **Intervenções de enfermagem nas afecções dolorosas crônicas**. In: CHAVES, L.D., LEÃO, E. R. *Dor – 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 2ª ed, Editora Martinari, 2007.

MURAD, A. M. **Oncologia Base Clínica do Tratamento**, Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1996.

PEDROSO, R. A . CELICH, K. L. S. Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 abr/jun,15(2);270-6.

PERNIA, A., TORRES, L. M. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [online]. 2008, vol.15, n.5 ISSN 1134-8046. ...

PIMENTA, C. A. M. **Dor: Manual clínico de enfermagem**. São Paulo: Searle; 2000.

PIMENTA, C. A. M.; FERREIRA, K. A. S. L. **Dor no doente com câncer**. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri (SP): Manole, 2006. p. 124-166.

PIMENTA, C. A.M; PORTNOI A,G. **Dor e cultura**. In: Carvalho MM MJ, organizador. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus; 1999. p. 159-73.

PIMENTA, C.A.M. Internacional Society of Nurses in Câncer: pain position statment [portuguese version]. *Nursing* 2001;4(41):7-8.

SANCHES, Luciane Maximiliano and BOEMER, Magali Roseira. **O convívio com a dor: um enfoque existencial**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2002, vol.36, n.4, pp. 386-393. ISSN 0080-6234.

SARTI, C. A. **A Dor, o Indivíduo e a cultura, sociedade e saúde** 10(1):3-13, 2001.

SHAHI, P.K., DEL CASTILLO RUEDA, A., MANGA, G.P. **Manejo del dolor oncológico**. *Na. Med Interna(Madrid)* 2007; 24: 554-557.

SILVA, L. M. H., ZAGO, M. M. F. **O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro**. *Revista Latino-am Enfermagem* 2001 julho;9(4):44-9.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth – Tratado de enfermagem medicocirúrgica**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

STEDERFORD A. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal.** Porto Alegre: Arte Médicas; 1986.

TULLI, A. C. P., PINHEIRO, C. S. C., S. Z. TEIXEIRA, S. Z. Dor oncológica: os cuidados de enfermagem. Acesso em 16/09/2009. Disponível em <http://www.eurofarma.com/dor/oncológica>.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):446-7.

ANEXOS