



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Universidade Federal de São Paulo
Brasil

Castro dos Santos Gonçalves, Marcelle; Gomes Brandão, Marcos Antônio; Marocco
Duran, Erika Christiane

Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto
prejudicado em oncologia

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 29, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 115-124
Universidade Federal de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307045560016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia

Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology

Marcelle Castro dos Santos Gonçalves¹

Marcos Antônio Gomes Brandão²

Erika Christiane Marocco Duran¹

Descritores

Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Estudos de validação; Cuidados paliativos

Keywords

Nursing diagnosis; Nursing process; Nursing research; Validation studies; Palliative care

Submetido

19 de Novembro de 2015

Aceito

2 de Março de 2016

Autor correspondente

Marcelle Castro dos Santos Gonçalves
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126,
13083-887, Campinas, SP, Brasil.
marcelle.csg@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600016>

Resumo

Objetivo: Validar o conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado, proposto pela NANDA-I, em pacientes sob cuidados paliativos em oncologia.

Métodos: Estudo metodológico, segundo o modelo de validação de conteúdo diagnóstico de Fehring, numa amostra de 53 enfermeiros peritos. Realizado o teste de *Mann-Whitney* e o coeficiente de correlação de *Spearman* (p -valor $<0,05$) para verificar se houve influências no julgamento dos peritos.

Resultado: Validou-se o conteúdo de dezessete características definidoras, do diagnóstico de enfermagem em questão, e mais outras sete características definidoras elaboradas no presente estudo. Nove características definidoras foram consideradas maiores, outras doze foram consideradas menores e três excluídas. O escore total do diagnóstico foi 0,74.

Conclusão: Validar o conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Conforto Prejudicado para pacientes em cuidados paliativos na oncologia é uma maneira de alicerçar a prática clínica do enfermeiro em conhecimentos teóricos próprios da profissão.

Abstract

Objective: To validate the content of the defining characteristics of impaired comfort nursing diagnosis proposed by NANDA-I in patients under palliative care in oncology.

Methods: Methodological study according to the model of diagnostic content validation of Fehring, in a sample of 53 nursing experts. The Mann-Whitney test and Spearman's correlation coefficient ($P < 0.05$) were used to check if there were influences on expert judgment.

Results: We validated the contents of seventeen defining characteristics of the nursing diagnosis and seven other defining characteristics developed in this study. Nine defining characteristics were considered major, another twelve were considered minor and three were excluded. The total diagnostic score was 0.74.

Conclusion: To validate the content of the defining characteristics of the nursing diagnosis Impaired Comfort for patients in palliative care in oncology is a way of supporting the clinical nursing practice in their own theoretical knowledge.

¹Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.



Introdução

Algumas patologias apresentam estágios que levam as pessoas a aproximarem-se da morte, por apresentarem quadros clínicos graves com grandes probabilidades de óbito. Dentre elas, o câncer, entendido como um conjunto de células formadas a partir de um crescimento desordenado, podendo invadir os tecidos e órgãos das diversas regiões do corpo.⁽¹⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, no mundo haverá 21,4 milhões de casos incidentes de câncer e 13,2 milhões de mortes.⁽²⁾ No Brasil, estima-se em cerca de 576 mil novos casos da doença para o biênio 2014/2015.⁽³⁾

Em suas recomendações para prevenção e controle do câncer, a OMS estabelece a prestação de cuidados paliativos, que consistem na assistência promovida por uma equipe multiprofissional, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação eficaz e eficiente e do tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.⁽²⁾ Apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento são eminentemente ativos, principalmente em pacientes com câncer em fase avançada.

Os diagnósticos de enfermagem (DEs) como julgamentos clínicos que sustentam a seleção das intervenções de enfermagem, orientam a definição de focos de interesse para a investigação e atuação do enfermeiro e de sua equipe. Das doenças e processos vitais decorrem diversos diagnósticos e fazendo uso da taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA-I) investiga-se neste estudo o “Conforto Prejudicado”.

Presente na Taxonomia II desde 2008, o Conforto Prejudicado está alocado no domínio 12 (Conforto) é definido como a “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social”.⁽⁴⁾ Pela noção mais abrangente do conceito, já se pode esperar o alinhamento às respostas e experiências vividas pelos pacientes em cuidados paliativos na oncologia. Entretanto, para fins diagnósticos as noções mais abrangentes não são sufi-

cientes, e o que se requer é o contínuo esforço de validação dos diagnósticos.

Dentre os requeridos procedimentos de validação de um diagnóstico de enfermagem (DE) há a validação de conteúdo. Esta validação busca analisar os componentes do diagnóstico de enfermagem e a adequações de suas definições supostamente desenvolvidas com a análise de conceito. Cada DE é composto por um título (enunciado diagnóstico), definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco; esse conjunto de elementos forma o que na sua totalidade ou parte será validado pela validação de conteúdo.⁽⁵⁾

As características definidoras (CDs) são sinais e sintomas observáveis ou comunicáveis que representem a presença de um diagnóstico e são de especial interesse como as pistas necessárias para a elaboração do diagnóstico.⁽⁴⁾

O requisito mínimo para um DE estar na taxonomia da NANDA-I é a argumentação teórica consistente, o que significa que os diagnósticos aprovados para classificação devem ser validados de forma que se assegure uma aplicação prática e precisa. A validação de DE descreve o grau em que um grupo de CDs descreve uma realidade observada na interação com o paciente. Estas são válidas quando realmente ocorrem e podem ser identificadas na situação clínica.^(6,7)

O método de validação de conteúdo diagnóstico proposto por Fehring tem recebido algumas críticas em especial na dificuldade de se captar o número de peritos necessários para conclusões mais confiáveis, e de sua tendência a atribuir maior ponderação de perícia para a formação acadêmica em detrimento da experiência clínica. Assim, as características ligadas ao tipo e tempo de formação acadêmica e atuação na área podem ser variáveis de estudo nas pesquisas de validação, e não apenas consideradas como critérios metodológicos.⁽⁵⁾

O presente estudo tem como objetivo validar o conteúdo das CDs do DE Conforto Prejudicado em pacientes adultos sob cuidados paliativos em oncologia, de acordo com a avaliação de enfermeiros peritos, e verificar se o julgamento desses enfermeiros foi influenciado por fatores, que se alinham a provável constituição da perícia na área, a saber: idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em oncologia, tempo de prática profissional em cuidados paliativos, realização de pós-graduação em Processo de Enferma-

gem (PE), DE e/ou cuidados paliativos, realização de pesquisa sobre PE, DE e/ou cuidados paliativos em oncologia, realização do DE como etapa do PE e uso da taxonomia da NANDA-I na prática profissional.

Métodos

Trata-se de um estudo metodológico no qual foi utilizado modelo de validação de conteúdo diagnóstico proposto por Fehring. Este modelo baseia-se na obtenção de opiniões de enfermeiros peritos acerca do grau em que determinadas CDs são indicativas de um dado diagnóstico. Antes que seja aplicado, o autor recomenda a realização de uma revisão da literatura para fornecer suporte teórico, tanto para o DE quanto para as CDs, com a possibilidade de que CDs adicionais sejam acrescentadas à lista oficial estabelecida pela NANDA-I durante este processo.⁽⁷⁾

As CDs do diagnóstico Conforto Prejudicado, descritas pela NANDA I, incluem: ansiedade, choro, incapacidade de relaxar, inquietação, irritabilidade, lamentação, medo, padrão de sono perturbado, relato de falta de satisfação com a situação, relato de falta de sentir-se à vontade com a situação, relato de fome, relato de prurido, relato de sentir calor, relato de sentir frio, relato de sentir-se desconfortável, relato de sintomas de angústia e suspiros.⁽⁴⁾

A partir da revisão da literatura sobre a Teoria do Conforto, proposta por Kolcaba (base teórica do DE em teste) elaborou-se outras sete CDs, a saber: insegurança, expressões físicas de desconforto, relato de sentir-se desprezado, sofrimento espiritual, relato de sentir-se limitado, desânimo, relato de não sentir-se à vontade com o ambiente.

Os critérios de seleção de enfermeiros peritos deste estudo foram adaptados do modelo proposto por Fehring, baseados em critérios do estudo de Silva e Gorini.^(7,8) Foram incluídos os profissionais que ao final da avaliação de critérios obtivessem uma pontuação mínima de cinco pontos, de maneira incluir enfermeiros assistenciais que prestem cuidados ao paciente oncológico adulto em cuidados paliativos na oncologia e que tenham conhecimento sobre taxonomia da NANDA-I e pesquisadores das áreas de oncologia, cuidados paliativos, PE e/ou DE.

Deste modo, os títulos de doutorado, mestrado, especialização em enfermagem oncológica pela Sociedade Brasileira em Enfermagem Oncológica (SBEO), residência em oncologia ou cuidados paliativos, especialização em oncologia ou cuidados paliativos ou a utilização da terminologia diagnóstica da NANDA-I na prática clínica somavam três pontos cada.

A prática atual mínima de um ano em cuidados paliativos com pacientes oncológicos adultos e uma pesquisa ou artigo publicado sobre o processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem ou cuidados paliativos somavam dois pontos cada.

Um resumo publicado sobre processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem ou cuidados paliativos ou a participação em cursos, simpósios ou congressos (com carga mínima de 4 horas) sobre estes mesmos temas somavam um ponto cada.

Foram excluídos os enfermeiros peritos que responderam ao instrumento de coleta de dados fora do prazo estipulado. Realizou-se contato, por meio de *e-mail* ou pessoalmente, com e pesquisadores das áreas de oncologia, cuidados paliativos, PE e/ou DE, com profissionais que trabalham em hospitais que possuam enfermagem de cuidados paliativos aos pacientes oncológicos, com egressos de programas de especialização e residência em oncologia e com enfermeiros que possuam o título de especialista pela SBEO convidando-os para participarem da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados consistiu num formulário informatizado contendo numa primeira parte questões acerca da caracterização da amostra e na segunda parte a descrição do DE Conforto Prejudicado seguida de uma escala tipo *Likert* para cada uma das 17 CDs do diagnóstico em questão, e das sete CDs elaboradas no presente estudo, e de suas definições conceitual e operacional.

A definição conceitual representa o significado abstrato ou teórico dos conceitos estudados. Já a definição operacional de um conceito especifica as operações que os pesquisadores devem fazer para coletar as informações, indica como o conceito é encontrado na prática, dessa maneira deve ser congruente à definição conceitual.⁽⁹⁾

Das seis etapas da técnica de Validação do Conteúdo Diagnóstico de Fehring,⁽⁷⁾ cinco foram desenvolvidas. Na primeira, os enfermeiros atribuíram um valor

de um a cinco, em escala tipo *Likert*, a cada CD frente a suas definições conceituais e operacionais. O valor foi o indicativo do grau de concordância crescente com a adequação da característica ao diagnóstico. A segunda etapa proposta é opcional - a Técnica *Delphi* para obter consenso das respostas dos enfermeiros peritos - e não foi realizada neste estudo, pois as repetidas rodadas de aplicação do questionário requeridas pela técnica poderiam implicar na perda de indivíduos na amostra.

Na terceira etapa foi obtida a média ponderada (MP) das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada uma das CDs, considerando-se os pesos: 1=0, 2=0,25, 3=0,5, 4=0,75, 5=1. Na quarta etapa, descartaram-se as CDs com média ponderada menor que 0,5. Na quinta etapa as CDs com média ponderada maior ou igual a 0,8 são consideradas características definidoras maiores. Estas características devem estar presentes para validar o diagnóstico, ou seja, afirmar que o diagnóstico realmente existe. Características definidoras com média ponderada entre 0,5 e 0,8 são classificadas como menores.

Por fim, foi obtido um escore total pela soma dos escores individuais de cada CD e dividindo pelo número total de características do diagnóstico a ser testado. Esse escore indica a validade de uma dada característica definidora como conteúdo válido do diagnóstico de enfermagem. As CDs com média ponderada menor e/ou igual a 0,5 devem ser excluídas do escore total.

Na análise dos dados, a caracterização da população foi realizada por meio da estatística descritiva. As correlações entre as características definidoras e das possíveis variáveis quantitativas contínuas de idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em oncologia e tempo de prática profissional em cuidados paliativos foram estimadas por meio do coeficiente de correlação de *Spearman* (p -valor <0,05).

As comparações envolvendo as variáveis categóricas realização de pós-graduação em PE, DE e cuidados paliativos, realização de pesquisa ou artigo publicado sobre PE, DE ou cuidados paliativo em oncologia, realização do DE como etapa do PE e uso da taxonomia da NANDA-I na prática profissional foram realizadas por meio do teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*.

Em todas as análises foi considerado um nível de significância igual a 5% e utilizado o software SAS versão 9.4. O estudo foi registrado na

Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 23173713.0.0000.5404.

Resultados

Cinquenta e seis enfermeiros responderam o questionário de coleta de dados, três (5,36%) foram excluídos da amostra, uma vez que não obtiveram pontuação mínima nos critérios de inclusão, totalizando uma amostragem de 53 enfermeiros peritos. A tabela 1 descreve as características da amostra.

A pontuação dos enfermeiros peritos nos critérios de seleção variou de cinco a 21, média de 9,49 e desvio padrão de 3,84.

A média de tempo de atuação como enfermeiro é de 15,98 anos (desvio padrão de 11,85 anos), a média de tempo de atuação como enfermeiro em unidade de oncologia é de 8,77 anos (desvio padrão de 11,17 anos) e a média de tempo de prática profissional em cuidados paliativos na oncologia foi de 5,15 anos (desvio padrão de 7,53 anos).

Quanto as CDs nove foram identificadas como maiores (MP $\geq 0,80$), são elas: expressões físicas de desconforto (MP=0,90), ansiedade (MP=0,87), relato de sintomas de angústia (MP=0,86), medo (0,84), relato de sentir-se desconfortável (MP=0,83), inquietação (MP=0,82), incapacidade de relaxar (MP=0,81), padrão de sono perturbado (MP=0,81), relato de sentir-se limitado (MP=0,80). Destaca-se que as CDs expressões físicas de desconforto (com a maior média entre as CDs) e relato de sentir limitado foram elaboradas neste estudo.

Doze CDs foram consideradas menores (MP <0,80 e $>0,50$), são elas: desânimo (MP=0,77), choro (0,75), insegurança (MP=0,75), sofrimento espiritual (MP=0,73), relato de falta de satisfação com a situação (MP=0,71), irritabilidade (MP=0,68), falta de sentir-se à vontade com a situação (MP=0,68), lamentação (MP=0,67), suspiros (MP=0,62), Relato de não sentir-se à vontade com o ambiente (MP=0,60), relato de sentir frio (MP=0,52) e relato de sentir-se desprezado (MP=0,52).

As CDs relato de prurido (MP=0,47), relato de sentir calor (MP=0,47) e relato de fome (MP=0,44) foram excluídas por obterem média ponderada me-

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variável	n(%)
Genero	
Feminino	50(94,34)
Masculino	3(5,66)
Grupos de idade (anos)	
20-30	14(26,41)
31-40	16(30,19)
41-50	9(16,98)
51-60	13(24,53)
Maior que 61	1(1,89)
Titulação	
Pós-graduação em processo de enfermagem	8(15,09)
Pós-graduação em diagnóstico de enfermagem	8(15,09)
Pós-graduação em cuidados paliativos	13(24,53)
Especialização em enfermagem oncológica SBEO	6(11,32)
Especialização em oncologia ou cuidados paliativos	19(35,85)
Residência em oncologia ou cuidados paliativos	3(5,66)
Mestrado	22(41,51)
Doutorado	15(28,30)
Pesquisa e resumo sobre o processo de enfermagem ou cuidados paliativos	
Pesquisa	27(50,94)
Resumo	19(35,85)
Utiliza o processo de enfermagem na prática profissional	50(94,34)
Realiza o diagnóstico de enfermagem como etapa do processo de enfermagem	
Não	11(20,75)
Sim	38(71,70)
Não respondeu	4(7,55)
Conhece a taxonomia NANDA-I	53(100,00)
Faz uso da taxonomia NANDA-I	38(71,70)

nor que 0,5. O escore total encontrado foi de 0,74. Doze CDs (57,14%), considerando as características proposta pela NANDA I ou pelo presente estudo, obtiveram média ponderada acima deste valor.

A tabela 2 indica as correlações estatisticamente significativas encontradas neste estudo, estimadas por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, entre as CDs do DE em estudo e as variáveis idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em oncologia e tempo de prática profissional em cuidados paliativos. Buscou-se, nesta análise, verificar possíveis influências da experiência profissional no julgamento das CDs pelos enfermeiros peritos, principalmente na das CDs subjetivas.

Como disposto na tabela 2, para as características definidoras em que foi verificada a significância estatística a correlação sempre foi positiva.

Por meio do teste de *Mann-Whitney*, verificou-se que não houve diferenças significativas entre as médias do julgamento das CDs pelos peritos que realizaram ou não uma pós-graduação em cuidados paliativos e aqueles que realizaram ou não alguma pesquisa acerca do PE, DE ou cuidados paliativos.

Tabela 2. Correlações de *Spearman* significativas entre características definidoras do diagnóstico de enfermagem Conforto Prejudicado e as variáveis

Característica definidora	Variáveis			
	Idade	Tempo atuação como enfermeiro	Tempo de atuação em oncologia	Tempo de prática profissional em cuidados paliativos
Ansiedade	-	-	-	0,300/(0,028)*
Relato de não sentir-se à vontade com o ambiente	0,306/(0,25)*	0,289/(0,035)*	0,365/(0,007)*	0,317/(0,020)*
Relato de sentir calor	-	-	0,337/(0,013)*	-
Relato de sentir-se desprezado	-	-	0,410/(0,002)*	-
Sofrimento espiritual	0,271/(0,049)*	-	-	-
Medo	-	-	-	0,291/(0,034)*

*Correlações significativas p-valor <0,05

Tabela 3. Comparações significativas entre as características definidoras e as variáveis uso da taxonomia da NANDA-I na prática profissional, pós-graduação em diagnóstico de enfermagem, pós-graduação em processo de enfermagem e realização do diagnóstico de enfermagem como etapa do processo de enfermagem

Característica definidora	Variável	n	Média ponderada	Desvio-padrão	p-value*
Irritabilidade	Uso da taxonomia NANDA-I	Não	15	0,55	0,25
		Sim	38	0,74	0,26
Insegurança	Pós-graduação em diagnóstico de enfermagem	Não	45	0,79	0,22
		Sim	8	0,50	0,33
Suspiro	Pós-graduação em diagnóstico de enfermagem	Não	45	0,65	0,25
		Sim	8	0,44	0,26
Relato de sentir-se desprezado	Pós-graduação em processo de enfermagem	Não	45	0,49	0,30
		Sim	8	0,72	0,21
Ansiedade	Realização do diagnóstico de enfermagem	Não	11	0,98	0,08
		Sim	38	0,84	0,20
Choro	Realização do diagnóstico de enfermagem	Não	11	0,89	0,17
		Sim	38	0,72	0,25
Expressões físicas de desconforto	Realização do diagnóstico de enfermagem	Não	11	1,00	0,00
		Sim	38	0,87	0,22

* p-value obtido por meio do teste de *Mann-Whitney*

A tabela 3 demonstra as diferenças significativas, encontradas neste estudo, entre as médias do julgamento das CDs e a realização ou não de pós-graduação sobre PE ou DE, o uso ou não da taxonomia da NANDA I na prática profissional e a realização ou não do DE como etapa do PE.

Discussão

A seleção de peritos é um dos pontos mais delicados num estudo de validação de conteúdo diagnóstico e apesar da proposta de seleção de Fehring ser amplamente descrita na literatura é difícil utilizá-la na íntegra, o que levou os autores a implementarem adaptações ao modelo original.⁽¹⁰⁾

Tais modificações mostraram-se eficazes na tentativa de promover uma amostragem de enfermeiros peritos com perfil assistencial e pesquisadores, com conhecimento sobre taxonomia da NANDA-I, atendendo às recomendações de Fehring de contemplar profissionais com nível de mestrado e que possuam pesquisas na área do diagnóstico estudado.

Desse modo, os achados ligados a titulação de mestrado e doutorado em áreas relevantes para o presente estudo sustentam a adequação da amostra a critérios considerados como importantes para validar um diagnóstico de enfermagem. A realização de publicação em PE, DE ou cuidados paliativos foi verificada também para uma maioria de peritos seja na modalidade de pesquisa completa ou de resumo. Associado aos dados de titulação, os achados de publicação permitem que se infira que os peritos, no processo de educação permanente, possam manter um padrão de consumo da produção científica da área e produzir nela. Considerando que os diagnósticos de enfermagem estão em contínuo desenvolvimento, os achados são satisfatórios.

No presente estudo, a quase totalidade da amostra de peritos pertence ao sexo feminino o que é compatível com a distribuição geral na profissão. A herança histórica e cultural na qual o cuidado se insere está atrelada a imagem do feminino e apesar do número de homens na enfermagem estar crescendo com o passar do tempo ainda é possível observar discrepâncias, tais como a encontrada, entre o nú-

mero de profissionais do sexo feminino em relação ao masculino.⁽¹¹⁾ Contudo, não há evidências publicadas de que o gênero do diagnosticador em enfermagem possa interferir no conteúdo do diagnóstico elaborado.

Desenvolver cuidados paliativos no Brasil é um desafio que passa pela qualificação de profissionais de saúde, a conscientização de administradores do serviço público sobre a importância deste tipo de cuidado e melhorias no acesso da população. Ainda é comum que profissionais da saúde e familiares de pacientes considerem esses cuidados como aplicáveis somente no momento da morte iminente, sendo que a transição para este tipo de cuidado é um processo contínuo, gradual e progressivo.^(2,12)

A baixa média de anos de prática em cuidados paliativos em relação à média de tempo de atuação em oncologia dos enfermeiros peritos reflete essa dificuldade no cenário nacional. Porém, verificou-se neste estudo a existência de uma busca por conhecimento teórico que pode incorporar os cuidados paliativos ao se considerar a realização de pós-graduação (incluindo mestrado e doutorado) e pesquisas publicadas acerca do assunto.⁽¹³⁾

Destaca-se também, que apenas 11,32% da amostra possui título de enfermeiro especialista em enfermagem oncológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO), este órgão foi fundado em 1988 e tem como objetivo representar os interesses científicos, culturais e profissionais de seus associados, representar a enfermagem oncológica do Brasil frente às entidades nacionais e internacionais.⁽¹⁴⁾

No Brasil, a taxonomia da NANDA-I foi introduzida na enfermagem numa publicação em português no ano de 1990 por enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba sob o comando da Dr^a. Marga Coler. Nota-se no presente estudo que apesar de introdução relativamente recente da taxonomia da NANDA-I no país esta foi reconhecida por toda a amostra de enfermeiros peritos e aplicada na elaboração do diagnóstico de enfermagem por uma grande parcela da amostra.⁽¹⁵⁾

Nove CDs, consideradas maiores (expressões físicas de desconforto, ansiedade, relato de sintomas de angústia, medo, relato de sentir-se desconfortável,

inquietação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado e relato de sentir-se limitado) validam o DE Conforto Prejudicado em pacientes em cuidados paliativos na oncologia, ou seja, afirmam que este diagnóstico realmente existe nesta população.

Para entender a natureza desses achados opta-se por recorrer a abrangência da definição do DE Conforto Prejudicado como “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social”; o que reflete uma visão mais totalizante do indivíduo.⁽⁴⁾ Também, orientados pela Teoria do Conforto de Kolcaba, verifica-se a sua adequação nas situações dos pacientes em cuidados paliativos em oncologia por contemplar de forma aproximada os problemas vivenciados por eles.^(2,6)

Nesta teoria de enfermagem o conforto ocorre em quatro contextos. O primeiro contexto é o físico, referente às condições físicas do indivíduo. O segundo contexto é o psicoespiritual, que combina os componentes mental, emocional e espiritual do ser, e corresponde a tudo aquilo que proporciona significado à vida de um indivíduo. Inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade e a relação com uma ordem ou ser superior (por exemplo: Deus). O terceiro contexto é o social, corresponde às relações interpessoais, familiares, sociais e culturais. Inclui finanças, educação, suporte social, tradições, linguagem. O quarto contexto é o ambiental, referente às condições e influências do ambiente, engloba a luminosidade, sons, coloração, temperatura e os elementos naturais versus os sintéticos.⁽¹⁶⁾

Identificou-se que algumas das CDs consideradas maiores pelos enfermeiros peritos refletem apenas aspectos físicos do conforto dos pacientes (expressões físicas de desconforto, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado). Mahon e McAuley evidenciaram em seu estudo sobre percepções pessoais de enfermeiros oncologistas acerca do cuidado paliativo, que o maior foco de atenção desses profissionais era o controle de sintomas físicos, embora o câncer avançado traga também comprometimentos de ordem psicológicas, espiritual, cultural e social.⁽¹⁷⁾ Talvez tal constatação se dê pelo fato de que alterações no conforto físico sejam mais evidentes a verificação por terceiros, não exige que

o paciente verbalize uma situação vivenciada ou dependa da sensibilidade do profissional em captar alterações no conforto psicoespiritual, social, ambiental ou cultural e ainda é difícil de ser ocultado por qualquer motivo pelo paciente.

Já as características definidoras subjetivas maiores de “relato de sintomas de angústia”, “relato de sentir-se desconfortável” e “relato de sentir-se limitado” sinalizam a verbalização de um sentimento do paciente e não necessariamente uma constatação do enfermeiro. Desse modo, deixam evidente a presença do DE Conforto Prejudicado, mesmo que se baseando em dados que não são de natureza física e observável.

O “medo” e a “ansiedade”, também consideradas características maiores, apresentam um aspecto psicoespiritual do conforto, mas também possuem expressões físico-comportamentais que as tornam mais fáceis de serem percebidas pelo profissional de enfermagem. Além disso, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte que pode vir acompanhada de angústia e temores, influenciando as dimensões do conforto. O significado e o sentido da morte dependem da etapa em que o paciente está no processo de desenvolvimento vital. Esta visão considera também da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural interferindo no conforto.⁽¹⁸⁾

A característica definidora “Expressões físicas de desconforto” foi elaborada pelos autores e acrescentada ao presente estudo, obtendo a maior média ponderada. Acredita-se que este resultado se deve por esta CD ser intuitivamente característica de desconforto, possui definições conceitual e operacional de fácil identificação, além de dispor de uma proximidade semântica e quase de senso comum com os termos desconforto e conforto prejudicado. Atribui-se a isso o elevado escore atribuído pelos enfermeiros peritos.

As CDs, também elaboradas no presente estudo, “insegurança”, “relato de sentir-se desprezado”, “sofrimento espiritual”, “desânimo” e “relato de não sentir-se à vontade com o ambiente” foram desenvolvidas, a partir da revisão da literatura, para atender as dimensões psicoespiritual, ambiental e social

do diagnóstico Conforto Prejudicado, porém, todas elas, foram consideradas menores (média ponderada $<0,80$ e $>0,50$) pelos peritos. São características que oferecem uma evidência secundária de apoio do diagnóstico, assim como as características relato de falta de satisfação com a situação, irritabilidade, falta sentir-se à vontade com a situação, lamentação e suspiros, propostas pela NANDA-I.

As características “relato de prurido”, “relato de sentir calor” e “relato de fome” foram excluídas por apresentarem média ponderal abaixo de 0,5, ou seja, não são indicativas do diagnóstico estudado.

Relato de sentir fome, definido conceitualmente, neste estudo, como o desejo de alimentos gerado por uma sensação que se forma pela falta de alimento no estômago e operacionalmente como a exposição do desejo/necessidade de comer não é um relato comum entre os pacientes oncológicos que vivenciam a terminalidade. A anorexia e caquexia são comuns nesses pacientes e na maioria das vezes representa a evolução natural da doença.⁽²⁾ Deste modo, a exclusão desta CD faz sentido no contexto dos cuidados paliativos em oncologia.

Prurido no paciente com câncer também é infrequente, este sintoma é citado como uma manifestação paraneoplásica de tumores malignos de nasofaringe, próstata, estômago, mama, útero.⁽¹⁹⁾ Assim, a CD relato de prurido também foi rejeitada.

Doze características definidoras considerando as características proposta pela NANDA-I ou pelo presente estudo obtiveram média ponderada acima do escore total que foi de 0,74. Evidencia-se então, que a maioria das CDs são possibilidades relevantes de identificação no diagnóstico Conforto Prejudicado nos pacientes em cuidados paliativos na oncologia.

As influências de correlação positiva entre a idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em oncologia e tempo de prática profissional em cuidados paliativos na consideração da validade da “ansiedade”, “relato de não sentir-se à vontade com o ambiente”, “relato de sentir calor”, “relato de sentir-se desprezado”, “sofrimento espiritual” e “medo” para o diagnóstico podem ter explicações diversas.

O tempo de atuação clínica é um fator para se presumir a maior experiência profissional e se inferir sua influência na tomada de decisão e os achados evidenciam ser este um fator relevante no julgamento de características definidoras que envolvam os aspectos psicoespiritual, social, ambiental e cultural.⁽¹⁷⁾

O tempo de experiência profissional pode ser considerado um fator facilitador do relacionamento interpessoal entre o paciente em cuidados paliativos e o profissional de enfermagem que possua comprometimento com a comunicação empática, uma vez que aprimora a capacidade de escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para então planejar ações.⁽¹⁸⁾ No entanto, enfatiza-se que a manutenção desta capacidade de comunicação exige um comprometimento em melhorar a atuação profissional que pode diminuir em função do aumento do domínio total do ambiente de trabalho, como ocorre com profissionais que atuam há muito tempo no mesmo contexto de trabalho.

A expertise é adquirida à medida que o enfermeiro vivencia situação com os pacientes oncológicos em cuidados paliativos. O enfermeiro recém-capacitado tende a ser atento aos detalhes, percepção que atinge um ápice com seguimento de um platô e uma queda condicionada, da mesma forma, ao tempo. Peritos não são infalíveis e tendem a cometer erros ligados a omissão de importantes informações, visão em túnel e tendência a hipóteses, por apresentarem subjetividade e compreensão da natureza cognitiva da tomada de decisão subjetiva, que conduz à tomada de medidas para aumentar o valor dessas decisões.⁽²⁰⁾ As CDs apresentaram aspectos objetivos e subjetivos quando relacionadas ao tempo. Nas comparações envolvendo as variáveis: realização de pesquisa sobre processo de enfermagem, realização de pós-graduação em cuidados paliativos em oncologia, processo de enfermagem ou diagnóstico de enfermagem, realização do diagnóstico enfermagem como etapa do processo de enfermagem e uso da taxonomia da NANDA-I na prática profissional, encontrou-se diferenças significativas no julgamento de algumas CDs.

Os peritos que não realizaram pós-graduação em DE apresentaram médias superiores do julgamento das CDs insegurança e suspiro, estatisticamente significativas em relação aqueles que realizaram essa pós-graduação. O mesmo ocorreu no julgamento da CD ansiedade entre os peritos que não realizaram uma pós-graduação em PE. Os peritos que não realizam o DE como etapa do PE apresentaram médias superiores no julgamento das CDs ansiedade, choro e expressões físicas de desconforto estatisticamente significativas em comparação com os peritos que realizam DE. Os peritos que utilizam a taxonomia NANDA-I obtiveram média superior no julgamento da CD irritabilidade em comparação aos enfermeiros que não utilizam a taxonomia. Apesar de serem consideradas estatisticamente significativas estas comparações não mudariam a situação das CDs julgadas quanto maiores, menores ou excluídas.

Destaca-se na análise da comparação da CD suspiro, os enfermeiros que realizaram uma pós-graduação em diagnóstico de enfermagem apresentaram uma média que determinaria a exclusão desta CD (0,44), uma vez que se observa a característica liberal dos peritos sem a referida capacitação. Considera-se que estes profissionais estão mais aptos a realizarem um julgamento mais acurado em relação aos peritos que não possuam esse tipo de qualificação é, portanto, factível a exclusão desta CD, proposta pela NANDA-I, para a população de pacientes em cuidados paliativos na oncologia.

O inverso acontece com a CD relato de sentir-se desprezado, os enfermeiros que não realizaram uma pós-graduação em processo de enfermagem apresentaram uma média que determinaria a exclusão da CD (0,49), porém, na avaliação dos peritos que realizaram esse tipo de especialização tal CD obteve média de 0,72, classificando-a como menor. Classificação na qual a CD obteve como final, com a média limítrofe 0,52.

Este estudo revela que variáveis ligadas ao profissional que diagnostica podem interferir na sua consideração sobre a validade ou não de uma dada característica definidora. Isso aponta para necessidade de considerar com cautela a existência de variáveis ligadas a formação, atuação e experiência em estudos de

validação diagnóstica por peritos. Propõe-se a consideração das CDs “expressões físicas de desconforto”, “relato de sentir-se limitado” e, a desconsideração das CDs de “relato de prurido”, “relato de sentir calor”, “relato de sentir fome” e “suspiros” da lista de CDs oficiais da NANDA I para o DE Conforto Prejudicado em cuidados paliativos na oncologia.

Conclusão

As características definidoras validadas neste estudo foram, como maiores: expressões físicas de desconforto, ansiedade, relato de sintomas de angústia, medo, relato de sentir-se desconfortável, inquietação, incapacidade de relaxar, padrão de sono perturbado, relato de sentir-se limitado; validadas como menores: desânimo, choro, insegurança, sofrimento espiritual, relato de falta de satisfação com a situação, irritabilidade, falta de sentir-se à vontade com a situação, lamentação, relato de não sentir-se à vontade com o ambiente, relato de sentir-se frio e relato de sentir-se desprezado. Foram excluídas as CD relato de prurido, relato de sentir calor, relato de fome e suspiro.

O julgamento dos enfermeiros peritos foi influenciado positivamente pelos fatores idade, tempo de atuação como enfermeiro, tempo de atuação em oncologia, tempo de prática profissional em cuidados paliativos nas características definidoras: ansiedade, relato de não sentir-se à vontade com o ambiente, relato de sentir calor, relato de sentir-se desprezado, sofrimento espiritual e medo.

Foram verificadas diferenças significativas entre as médias do julgamento das CDs e a realização ou não de pós-graduação sobre processo de enfermagem ou diagnóstico de enfermagem, o uso ou não da taxonomia da NANDA I na prática profissional e a realização ou não do diagnóstico de enfermagem como etapa do processo de enfermagem nas características definidoras: suspiro, insegurança, ansiedade, choro, expressões físicas de desconforto e irritabilidade.

Colaborações

Gonçalves MCS e Duran ECM declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise, interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica rele-

vante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. Brandão MAG colaborou com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do cancer: abordagens básicas para o controle do cancer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012. [citado 2014 Maio 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf.
2. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. WHO; 2002 [Internet]. [cited 2013 Apr 2]. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014 - Incidência de cancer no Brasil Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2014 Maio10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp>.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificações (2012-2014). São Paulo: Artmed; 2013. p. 546-7.
5. Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. [Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives]. Rev Bras Enferm. 2013;66(5):649-55. Portuguese.
6. Garcia TR. [Methodological models for nursing diagnoses validation]. Acta Paul Enferm. 1998; 11(3):24-31. Portuguese.
7. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987;16(6):625-629.
8. Silva PO, Gorini MI. Validation of defining characteristics for the nursing diagnosis of fatigue in oncological patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2012; 20(3):504-10.
9. Silva VM, Lopes MV, Araujo TL, Beltrão BA, Monteiro FP, Cavalcante TF, et al. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. Heart Lung. 2011;40(3):e70-7.
10. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Cienc Cuid Saude; 2006;5(1):60-6.
11. Coelho EA. Gender, health and nursing. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 345-8.
12. Burlá C, Py L. Palliative care: science and protection at the end of life. Cad Saúde Pública. 2014; 30(6):1139-41.
13. Floriani CA. Palliative care in Brazil: a challenge to the health-care system. Palliative Care. 2008; 2:219-24.
14. Moreira MC, Camargo TC, Carvalho V, Figueiredo CF, Rosa LD, Bolzan MF. [Research in oncological nursing: a study of the publications in national periodicals]. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4): 595-600.
15. Barros AL. Classification of nursing diagnoses and interventions: NANDA and NIC]. Acta Paul Enferm. 2009;22(Esp):864-7.
16. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. J Nurs Sch. 2007; 23(4):237-240.
17. Mahon MM, McAuley WJ. Oncology nurses' personal understandings about palliative care. Oncol Nurs Forum. 2010; 37(3):141-50.
18. Araújo MM, Silva MJ. Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):668-74.
19. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011.
20. Dror IE. The ambition to be scientific: human expert performance and objectivity. Sci Justice. 2013; 53(1):81-2.