

# Processo e resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para dor oncológica\*

PROCESS AND RESULTS OF THE DEVELOPMENT OF AN ICNP® CATALOGUE FOR CANCER PAIN

PROCESO Y RESULTADOS DEL DESARROLLO DE UN CATÁLOGO CIPE® PARA EL DOLOR ONCOLÓGICO

Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho<sup>1</sup>, Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>, Telma Ribeiro Garcia<sup>3</sup>

## RESUMO

Estudo metodológico realizado como o objetivo de descrever o processo e os resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para Dor Oncológica, considerado pelo International Council of Nurses como um subconjunto de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, para ser utilizado como instrumento para a documentação da implementação do processo de enfermagem em pacientes oncológicos. Em seu desenvolvimento foram realizados passos seguindo as diretrizes preconizadas pelo International Council of Nurses. Como resultados obteve-se 68 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, classificadas de acordo com o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica nos aspectos físicos (28), psicológicos (29) e socioculturais e espirituais (11) e, para estas afirmativas, 116 intervenções de enfermagem. Considera-se que a proposta do Catálogo CIPE® para Dor Oncológica pode proporcionar uma orientação segura e sistemática para os enfermeiros que trabalham nessa área, aumentando a qualidade da assistência ao paciente e favorecendo a execução do Processo de Enfermagem.

## DESCRIPTORIOS

Dor  
Neoplasias  
Enfermagem oncológica  
Classificação  
Processos de enfermagem

## ABSTRACT

This was a methodological study conducted to describe the process and results of the development of an International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue for Cancer Pain. According to the International Council of Nurses (ICN), this catalogue contains a subset of nursing diagnoses, outcomes, and interventions to document the implementation of the nursing process in cancer patients. This catalogue was developed in several steps according to the guidelines recommended by the ICN. As a result, 68 statements on nursing diagnoses/outcomes were obtained, which were classified according to the theoretical model for nursing care related to cancer pain into physical (28), psychological (29), and sociocultural and spiritual (11) aspects. A total of 116 corresponding nursing interventions were obtained. The proposed ICNP® Catalogue for Cancer Pain aims to provide safe and systematic orientation to nurses who work in this field, thus improving the quality of patient care and facilitating the performance of the nursing process.

## DESCRIPTORS

Pain  
Neoplasms  
Oncologic nursing  
Classification  
Nursing process

## RESUMEN

Estudio metodológico realizado con el objetivo de describir el proceso y los resultados del desarrollo de un catálogo CIPE® para el dolor oncológico, considerado por el Consejo Internacional de Enfermeras como un subconjunto de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, para ser utilizado como una herramienta para la documentación de la aplicación del proceso de enfermería en pacientes oncológicos y el desarrollo del mismo fue realizado siguiendo las pautas recomendadas por el Consejo Internacional de Enfermeras. Los resultados obtenidos fueron 68 afirmaciones de diagnósticos/resultados de enfermería, clasificados de acuerdo al modelo teórico para el cuidado de enfermería en dolor oncológico, en los aspectos físicos (28), psicológicos (29) y socio-culturales y espirituales (11), y para estas afirmaciones, 116 intervenciones de enfermería. Se considera que la propuesta del Catálogo CIPE® para el dolor oncológico puede proporcionar una orientación segura y sistemática para las enfermeras que trabajan en esta área, aumentando la calidad de la atención al paciente y favoreciendo la ejecución del proceso de enfermería.

## DESCRIPTORIOS

Dolor  
Neoplasias  
Enfermería oncológica  
Clasificación  
Procesos de enfermería

\* Extraído da dissertação "Catálogo CIPE® para dor oncológica", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2009. <sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, PB, Brasil. linawac@yahoo.com.br <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Diretora do Centro CIPE®. João Pessoa, PB, Brasil. miriam@ccs.ufpb.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. Diretora do Centro CIPE®. João Pessoa, PB, Brasil. telmagarciapb@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as terapias de tratamento do câncer têm elevado a sobrevida do paciente, com impactos significativos em sua qualidade de vida. Entretanto, no decorrer da doença, o paciente pode sentir dor, sintoma conceituado como *uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos*<sup>(1)</sup>.

A dor é uma experiência subjetiva, genuinamente pessoal, que pode estar associada a dano real ou potencial aos tecidos. A percepção da dor caracteriza-se como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo influenciada por variáveis afetivas e emocionais<sup>(2)</sup>. Desde janeiro do ano de 2000, a dor é considerada como o quinto sinal vital, trazendo como consequência a necessidade de sua avaliação e registro, da mesma forma como é feito para os demais sinais vitais: pulso, temperatura, pressão arterial e frequência respiratória<sup>(3)</sup>.

A dor oncológica pode ocorrer em razão do próprio câncer, por causa dos efeitos que provoca, e pode ainda ser devida ao tratamento anticâncer ou de doenças não oncológicas concomitantes<sup>(4)</sup>. Há quem utilize o termo *dor total* para se referir à dor do câncer<sup>(5)</sup>, que possui características físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Assim, não se deve descuidar da queixa álgica de um paciente oncológico, considerando que este pode apresentar, ao mesmo tempo, mais de um tipo de dor: a de ordem fisiopatológica e também as de cunho psicológico e espiritual<sup>(6)</sup>.

A dor oncológica é referida por cerca de 60% dos doentes com câncer e 30% descrevem-na como moderada ou intensa. Não é difícil de ser manejada, não deve ser passivamente tolerada e seu controle é um direito da pessoa que deve ser atendido pelos profissionais de saúde<sup>(5)</sup>.

Dor oncológica é definida como

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<sup>(7)</sup>.

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 tra-

tamentos para o controle da dor oncológica e a capacitação dos enfermeiros para o cuidado do paciente que a refere<sup>(8)</sup>.

A *International Society of Nurses in Cancer Care* (ISNCC) publicou um posicionamento a respeito do manejo da dor oncológica, assumindo a premissa de que todos os indivíduos têm o direito de a ter aliviada<sup>(9)</sup>. Esse documento baseou-se em estimativa da Organização Mundial de Saúde, segundo a qual, dos cinco milhões de pessoas que morrem de câncer a cada ano, quatro milhões morrem com dor não controlada, que redundam em sofrimento incalculável, redução da qualidade de vida e levando-os a temer mais o sintoma doloroso que o próprio câncer.

Este é um desafio para os profissionais de saúde, pois o controle da dor merece prioridade, afinal em mais de 90% dos casos, a 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.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) inclui a atenção ao câncer (*cancer care*) e à dor (*pain*) entre as prioridades para construção de Catálogos CIPE<sup>®</sup>, os quais são definidos como subconjuntos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para um grupo selecionado de clientes ou prioridade de saúde. A expectativa é que os Catálogos CIPE<sup>®</sup> contribuam em âmbito mundial para a documentação sistemática da prática de enfermagem, originando conjuntos de dados que possam ser usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e as políticas de saúde<sup>(10)</sup>.

Um método para desenvolvimento de Catálogos CIPE<sup>®</sup> foi apresentado pelo CIE, em 2007, contendo dez passos: 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, para identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> para compor as afirmativas de resultados e intervenções de enfermagem; 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 e 10) auxiliar o CIE na sua disseminação<sup>(11)</sup>.

Outro processo de desenvolvimento para o Catálogo ou subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup> foi divulgado em 2010, contendo seis passos, relacionados às principais áreas de trabalho do ciclo de vida da terminologia CIPE<sup>®</sup>: 1) identificação

da clientela; 2) coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade de saúde; 3) mapeamento dos conceitos identificados com a CIPE®; 4) estruturação de novos conceitos; 5) finalização do catálogo e 6) divulgação do catálogo<sup>(12)</sup>. Os autores dessa proposta solicitam que os enfermeiros usem esta metodologia ou desenvolvam outros métodos para promover o desenvolvimento de Catálogos CIPE®.

Tendo em vista os aspectos descritos, este estudo teve como objetivo descrever o processo e os resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para Dor Oncológica, que possa ser utilizado como um instrumento para a documentação da implementação do processo de enfermagem de pacientes com câncer.

## MÉTODO

Estudo metodológico desenvolvido como um subprojeto do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), acreditado pelo CIE em junho de 2007.

Em atenção ao disposto na Resolução nº 196/1996<sup>(13)</sup> e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, anexo à Resolução COFEN nº 311/2007<sup>(14)</sup>, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sendo aprovado sob o protocolo nº 018/2009.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: 1) elaboração de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizando os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® e 2) estruturação do Catálogo CIPE® para Dor oncológica. No desenvolvimento da primeira etapa foram realizados cinco passos: 1) identificação na CIPE® de termos clínicos e culturalmente relevantes para a prática de enfermagem na dor oncológica; 2) construção de afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, utilizando os termos identificados como focos da prática de enfermagem na dor oncológica e dos demais termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE®, seguindo as diretrizes preconizadas pelo CIE<sup>(7)</sup>, de incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento ou dos outros eixos; 3) mapeamento das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem elaboradas com as constantes na CIPE®; 4) classificação das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem de acordo com o modelo teórico de dor oncológica; 5) construção de afirmativas de intervenções de enfermagem para os diagnósticos/resultados elaborados, utilizando termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE®, seguindo as diretrizes preconizadas pelo CIE<sup>(7)</sup>, de incluir obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, entendido como qualquer um dos termos dos demais eixos com exceção do eixo Julgamento, e termos adicionais dos demais eixos.

Na etapa de estruturação do Catálogo CIPE® para dor oncológica foram utilizados alguns dos passos preconizadas pelo CIE<sup>(15)</sup> no desenvolvimento de Catálogos: 1) identificação da clientela a que se destina o Catálogo e a prioridade de saúde; 2) documentação da significância do Catálogo para a Enfermagem e 3) listagem das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem de acordo com o modelo teórico de dor oncológica desenvolvido no estudo.

## RESULTADOS

Foram identificados 84 termos do eixo Foco considerados relevantes para a prática de enfermagem na dor oncológica. A partir desses termos foram construídas 153 afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermagem, as quais foram mapeadas com as 288 afirmativas constantes da CIPE®, resultando na identificação de 117 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes da referida classificação e 36 não constantes.

Neste estudo, utilizou-se a expressão diagnóstico/resultados de enfermagem para denominar esses dois elementos da prática de enfermagem, tendo em vista que se utilizam termos dos eixos Foco e Julgamento da CIPE® em sua construção. O que determina a diferença entre eles é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do cliente, problemas e/ou necessidades (diagnóstico) ou se é a resposta dada depois da implementação das intervenções (resultados).

As 153 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem foram uniformizadas, eliminando as redundâncias como, por exemplo: Comunicação prejudicada e Comunicação verbal prejudicada, permanecendo o primeiro, que tem um sentido mais amplo, e diagnósticos positivos como Capacidade para se adaptar e Enfrentamento familiar eficaz. Também foram retiradas as duplicações de afirmativas como: Ingestão alimentar deficiente e Ingestão nutricional prejudicada, permanecendo a segunda opção.

Desse processo restaram 68 afirmativas, que foram classificadas de acordo com o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica, nos aspectos físicos, psicológicos e socioculturais e espirituais. No aspecto físico foram classificados 28 diagnósticos/resultados de enfermagem, no aspecto psicológicos 29 diagnósticos/resultados de enfermagem e 11 no aspecto sociocultural e espiritual.

Para os 68 diagnósticos/resultados de enfermagem foram construídas 252 intervenções de enfermagem classificadas de acordo com o modelo teórico de dor oncológica. Após esse processo foi estruturado o Catálogo CIPE®, enfatizando a clientela a que se destina, a significância para a Enfermagem, o modelo estrutural e os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para dor oncológica.

Seguindo as recomendações do CIE<sup>(11,15)</sup>, na apresentação de Catálogos CIPE® as afirmativas de diagnósticos/

resultados e intervenções de enfermagem construídas devem ser listadas em ordem alfabética e distribuídas de acordo com o modelo teórico

Neste estudo as afirmativas construídas foram distribuídas por ordem alfabética de acordo com o modelo

teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica, nos aspectos físicos, psicológicos e socioculturais e espirituais e apresentadas em quadros (1, 2 e 3). Ressalta-se que para as intervenções de enfermagem foram retiradas as repetições, reduzindo-as 252 para 116 intervenções.

**Quadro 1** – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os aspectos físicos da dor oncológica - João Pessoa, PB, Brasil, 2009

<b>Diagnósticos/Resultados de Enfermagem</b>	
1. Comunicação prejudicada	15. Membrana mucosa oral prejudicada
2. Constipação	16. Mobilidade prejudicada
3. Deglutição prejudicada	17. Náusea
4. Dor aguda	18. Padrão do sono prejudicado
5. Dor crônica	19. Padrão respiratório prejudicado
6. Edema	20. Pressão sanguínea alterada
7. Estado de sonolência	21. Prurido
8. Fadiga	22. Repouso prejudicado
9. Falta de resposta ao tratamento	23. Retenção urinária
10. Hipertermia	24. Risco de retenção urinária
11. Infecção	25. Risco de constipação
12. Ingestão nutricional prejudicada	26. Risco de infecção
13. Inquietação	27. Síndrome do desuso
14. Integridade da pele prejudicada	28. Taquicardia
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
1. Adequar a dieta ao estilo de vida do paciente;	22. Identificar questões culturais que interfiram na comunicação;
2. Administrar a medicação para dor de acordo com avaliação realizada;	23. Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado;
3. Auxiliar o paciente a se sentar em posição ereta para se alimentar;	24. Instituir medidas para estimular a diurese, como compressas suprapúbicas e lavagem íntima;
4. Avaliar a dor de acordo com escalas de avaliação;	25. Investigar o conhecimento e as crenças do paciente acerca da dor;
5. Avaliar a causa do padrão do sono alterado;	26. Manter o controle da pressão sanguínea;
6. Avaliar as causas da ingestão nutricional prejudicada;	27. Manter o paciente seco, livre de secreções e excretas;
7. Avaliar os cuidados com a higiene;	28. Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras;
8. Avaliar os efeitos colaterais da medicação;	29. Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor;
9. Avaliar os efeitos terapêuticos dos analgésicos prescritos;	30. Monitorar a diminuição do nível de consciência;
10. Avaliar o estado neurológico;	31. Monitorar o estado respiratório quanto a frequência, ritmo, profundidade e esforço;
11. Avaliar a susceptibilidade para infecção;	32. Oferecer alternativas de comunicação como sinais, gestos, papel, caneta e quadro;
12. Controlar a dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas;	33. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário;
13. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura, do ambiente, ruído, iluminação);	34. Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor;
14. Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos socioculturais do paciente;	35. Pesar o paciente diariamente em jejum;
15. Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas como: hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, aplicação de calor ou frio e massagem, ante e após atividades dolorosas;	36. Proporcionar alimentos de acordo com a preferência do paciente;
16. Estimular a ingestão de líquidos;	37. Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura;
17. Evitar alimentos quentes e condimentados;	38. Proporcionar repouso, adaptando a hora do sono à execução do plano de cuidados;
18. Hidratar a pele do paciente com substâncias padronizadas na instituição;	39. Reduzir ou eliminar o que precipita ou aumenta a experiência de dor (medo, fadiga, monotonia e falta de informação);
19. Identificar e controlar fatores que levam o paciente a fadiga, como a quimioterapia, radioterapia, tempo prolongado de internação;	40. Solicitar mudança de esquema terapêutico se necessário;
20. Identificar as barreiras na comunicação;	41. Verificar os sinais vitais quatro vezes ao dia.
21. Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea;	

**Quadro 2** – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os aspectos psicológicos da dor oncológica - João Pessoa, PB, Brasil, 2009

<b>Diagnósticos/Resultados de Enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceitação do estado de saúde</li> <li>2. Alucinação</li> <li>3. Angústia</li> <li>4. Ansiedade</li> <li>5. Atitude conflitante em relação ao regime terapêutico</li> <li>6. Atitude familiar conflitante</li> <li>7. Autoimagem negativa</li> <li>8. Baixa autoestima situacional</li> <li>9. Capacidade diminuída para gerenciar o plano terapêutico</li> <li>10. Capacidade familiar diminuída para gerenciar o plano terapêutico</li> <li>11. Comportamento de busca da saúde prejudicado</li> <li>12. Cognição prejudicada</li> <li>13. Confusão</li> <li>14. Déficit de autocuidado</li> <li>15. Delírio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Depressão</li> <li>17. Desesperança</li> <li>18. Distúrbio da identidade pessoal</li> <li>19. Enfrentamento familiar ineficaz</li> <li>20. Enfrentamento individual ineficaz</li> <li>21. Falta de adesão ao regime terapêutico</li> <li>22. Luto antecipado</li> <li>23. Medo</li> <li>24. Negação</li> <li>25. Paternidade/maternidade prejudicada</li> <li>26. Percepção alterada</li> <li>27. Processo familiar prejudicado</li> <li>28. Tristeza crônica</li> <li>29. Impotência (falta de poder)</li> </ol>
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto;</li> <li>2. Apoiar o processo de tomada de decisão;</li> <li>3. Assistir ao paciente até que esteja apto a executar o autocuidado;</li> <li>4. Atentar para o risco de suicídio;</li> <li>5. Avaliar a compreensão que o paciente tem sobre o processo de doença;</li> <li>6. Avaliar as barreiras para não adesão ao regime terapêutico;</li> <li>7. Avaliar a causa de atitude em relação ao regime terapêutico;</li> <li>8. Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos;</li> <li>9. Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado;</li> <li>10. Encorajar a família a verbalizar sentimentos sobre o indivíduo doente;</li> <li>11. Esclarecer ao paciente atitudes que favorecem sua saúde;</li> <li>12. Esclarecer as atitudes de conflito da família;</li> <li>13. Estabelecer relação interpessoal de confiança com o paciente;</li> <li>14. Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento;</li> <li>15. Estimular o autocuidado de acordo com a capacidade do paciente;</li> <li>16. Estimular o diálogo e o choro como meios de diminuir a resposta emocional;</li> <li>17. Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário;</li> <li>18. Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida;</li> <li>19. Estimular o paciente a identificar fatores estressores;</li> <li>20. Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente;</li> <li>21. Garantir a continuidade do cuidado;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>22. Garantir a terapia psicológica com profissional adequado;</li> <li>23. Implementar os costumes culturais, religiosos e sociais no processo de perda;</li> <li>24. Manejar as alucinações na presença de atitude violenta ou causadora de autoagressão;</li> <li>25. Manter a atitude em relação à doença;</li> <li>26. Manter o ambiente seguro;</li> <li>27. Manter a vigilância contínua;</li> <li>28. Observar alteração na percepção;</li> <li>29. Oferecer uma rotina de atividades de autocuidado;</li> <li>30. Orientar os familiares quanto à doença e ao tratamento do paciente;</li> <li>31. Orientar o paciente quanto ao real estado de saúde e possibilidades de melhora;</li> <li>32. Orientar quanto ao processo de morrer;</li> <li>33. Orientar quanto ao regime terapêutico;</li> <li>34. Orientar sobre a doença;</li> <li>35. Orientar a terapia de orientação para a realidade;</li> <li>36. Orientar, de acordo com o nível social, as diretrizes do regime terapêutico;</li> <li>37. Promover apoio explicando as funções de raiva, frustrações e tristeza para o paciente;</li> <li>38. Promover a autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos;</li> <li>39. Promover a capacidade para gerenciar o plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida;</li> <li>40. Registrar o comportamento do paciente indicativo de alucinação;</li> <li>41. Usar uma abordagem calma e segura.</li> </ol>



**Quadro 3** – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo os aspectos socioculturais e espirituais da dor oncológica - João Pessoa, PB, Brasil, 2009

Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	
1. Crenças culturais conflitantes	7. Risco de sofrimento moral
2. Falta de apoio social	8. Risco de desamparo
3. Falta de conhecimento sobre a doença	9. Socialização prejudicada
4. Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	10. Sofrimento espiritual
5. Isolamento social	11. Sofrimento moral
6. Risco de sofrimento espiritual	
Intervenções de Enfermagem	
1. Adequar as questões culturais do paciente ao modelo biomédico, respeitando os aspectos éticos;	18. Explicar os direitos do paciente;
2. Avaliar o bem-estar espiritual;	19. Fazer referência a serviço religioso;
3. Avaliar a capacidade de aprendizagem;	20. Fazer referência à terapia familiar;
4. Avaliar as causas de conflitos culturais;	21. Fazer referência a grupos de suporte terapêutico;
5. Avaliar as crenças espirituais individuais;	22. Garantir a continuidade do cuidado;
6. Avaliar as crenças espirituais da família;	23. Identificar atitude em relação à dor;
7. Avaliar o estresse do cuidador;	24. Identificar junto ao paciente, as práticas culturais que possam influenciar negativamente na sua saúde;
8. Avaliar as necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social;	25. Oferecer treinamento apropriado de habilidades sociais;
9. Avaliar o suporte social;	26. Orientar sobre o processo doloroso;
10. Consultar o cuidador sobre aspectos sociais do paciente;	27. Orientar sobre o processo da doença;
11. Discutir com o paciente, acerca de diferenças e semelhanças culturais;	28. Promover suporte social;
12. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias;	29. Proporcionar a adaptação cultural;
13. Encorajar a participação em grupos de apoio;	30. Proporcionar a dignidade e a privacidade;
14. Encorajar maior envolvimento nas relações estabelecidas;	31. Proteger os direitos do paciente;
15. Envolver as pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais;	32. Providenciar privacidade para comportamento espiritual;
16. Estimular as atividades sociais e comunitárias;	33. Reconhecer a experiência cultural do paciente;
17. Estimular o paciente a desempenhar seu papel;	34. Reconhecer a experiência espiritual do paciente.

## DISCUSSÃO

Reafirma-se que o CIE considera a atenção ao câncer e a dor como prioridades para construção de Catálogos CIPE<sup>®</sup>(15). A dor é uma experiência subjetiva, legitimamente pessoal, que pode estar associada a dano real ou potencial aos tecidos. A dor oncológica está presente na vida da grande maioria dos pacientes com câncer, iniciando-se desde o momento do diagnóstico, quando o paciente 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 à invasão tumoral.

Para garantir aos enfermeiros oncológicos o acesso ao conhecimento e habilidades necessárias para desempenhar seu papel na melhora do manejo da dor do câncer recomenda-se que os mesmos 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<sup>(9)</sup>.

Os fatos supracitados justificaram a importância e relevância da construção deste Catálogo que trará, não só para os enfermeiros oncológicos, mas também para todos aqueles que em algum momento de sua atuação, prestem cuidados a pacientes oncológicos, uma forma sistemática de traçar diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, voltada para um cuidado individualizado e humanizado.

Desta forma, o Catálogo CIPE<sup>®</sup> foi desenvolvido para a prioridade de saúde Dor Oncológica com os objetivos de servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes com dor oncológica, não substituindo o raciocínio clínico e terapêutico dos enfermeiros, e de dar

suporte à documentação sistemática do cuidado de enfermagem, usando esse sistema de classificação. A CIPE® define o cliente como o sujeito ao qual o diagnóstico de enfermagem se refere e que é o receptor de uma intervenção de enfermagem<sup>(7)</sup> 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 psicogênica onde os aspectos psicológicos, socioculturais e espirituais estão presentes influenciando a identificação e o tratamento da dor.

A dor de origem física é subdividida em dor neuropática e dor 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% a 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 (mucosites, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar); 4) desordens concomitantes - 8% a 22%: osteoartrite, espondiloartrose, entre outras<sup>(16)</sup>.

No estudo as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem construídas relacionadas à dor de origem física causadas pelo próprio câncer foram: Comunicação prejudicada, Deglutição prejudicada, Dor aguda, Dor crônica, Taquicardia; as relacionadas ao câncer foram: Edema, Mobilidade prejudicada, Integridade da pele prejudicada; as relacionadas ao tratamento anticâncer foram: Náusea, Fadiga, Falta de resposta ao tratamento, Membrana mucosa oral prejudicada, Risco de constipação, Risco de infecção, Risco de retenção urinária; e as relacionadas às desordens concomitantes foram: Síndrome do desuso, Repouso prejudicado, Pressão sanguínea alterada, Padrão do sono prejudicado.

A dor de origem psicogênica é subdividida em: 1) aspectos culturais e espirituais: crenças culturais, visão de mundo, diversidade cultural, valores culturais, comportamentos<sup>(17)</sup>, para esse aspecto as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem construídas foram: Crenças culturais conflitantes, Falta de conhecimento sobre doença, Falta de conhecimento sobre regime terapêutico, Risco de sofrimento espiritual, Sofrimento espiritual; 2) aspectos sociais: deterioração da qualidade de vida<sup>(18)</sup>, tumulto social<sup>(19)</sup>, desafio à dignidade<sup>(20)</sup>; que deram origem aos seguintes diagnósticos/resultados de enfermagem: Falta de apoio social, Isolamento social, Risco de desamparo, Risco de sofrimento moral, Risco de sofrimento moral, Sofrimento moral; e 3) aspectos psicológicos: angústia, culpa<sup>(21)</sup>, depressão, ansiedade<sup>(5)</sup>, desesperança, desespero<sup>(22)</sup>, originando as seguintes afirmativas: Angústia, Ansiedade, Autoimagem negativa, Delírio, Depressão, Desesperança, Medo, entre outras apresentadas no quadro 3.

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem construídas e classificadas no estudo, de acordo com

o modelo de dor oncológica adotado, não foram esgotadas em sua totalidade, pois aspectos individuais inerentes a cada paciente não foram contemplados. As intervenções de enfermagem também não foram exauridas no seu todo, cabendo ao enfermeiro, à construção das afirmativas inerentes ao estado físico, psicológico, sociocultural e espiritual pelo qual o paciente passa quando vivencia a dor oncológica.

Deve-se lembrar de que o manejo da dor do câncer é fundamental para a prática da Enfermagem oncológica, pois os enfermeiros 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<sup>(9)</sup>.

Reafirma-se que a utilização das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, contidas na proposta do Catálogo CIPE® para Dor Oncológica, não substitui o raciocínio clínico e terapêutico, nem a tomada de decisão do enfermeiro, ficando ao critério do mesmo a escolha das afirmativas adequadas para cada cliente.

## CONCLUSÃO

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 à avaliação e ao tratamento da dor, muitos não a reconhecem como real e não a veem 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 – administram-se analgésicos, há uma lacuna em por em prática o conceito de dor total, onde além dos aspectos físicos, os aspectos psicológicos, socioculturais e espirituais estão presentes no indivíduo que sente dor oncológica.

Este estudo que objetivou descrever o processo e os resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para Dor Oncológica, finaliza com a elaboração de 68 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, classificadas de acordo com o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica nos aspectos físicos<sup>(28)</sup>, psicológicos<sup>(29)</sup> e sociocultural e espiritual<sup>(11)</sup>. Para finalizar o processo foram construídas 252 intervenções de enfermagem para as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, classificadas de acordo com o modelo teórico de dor oncológica, que depois de retiradas as repetições passaram a 116 intervenções.

Espera-se que a construção do Catálogo CIPE® para dor oncológica contribua com a prática de enfermagem facilitando a sistematização da assistência de

enfermagem, pois o mesmo contempla os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções de enfermagem, tornando-o um instrumento facilitador na operacionalização do processo de enfermagem. As implicações deste estudo para o ensino estão voltadas na sua utilização como base de aprendizado das nomencla-

turas de enfermagem bem como o estímulo para o uso adequado de uma linguagem unificada em serviços e escolas de saúde, e para a pesquisa no desenvolvimento da validação clínica deste Catálogo, na construção de outros Catálogos e de estudos para inclusão de termos e de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem na CIPE®.

## REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain (IASP). Proposed Taxonomy Changes [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2009 Nov 20]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=6633>
2. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino Am Enferm.* 2002;10(3):446-7.
3. Pedrosa RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):270-6.
4. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability [Internet]. Geneva; 1996 [cited 2009 Nov 20]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>
5. Pimenta CAM, Ferreira KASL. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* Barueri (SP): Manole; 2006. p. 124-66.
6. Salomonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. *Rev Bras Anestesiol.* 2006;56(6):602-18.
7. Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0.* São Paulo: Algor; 2007.
8. Tulli ACP, Pinheiro CSC, Teixeira SZ. Dor oncológica: os cuidados de enfermagem. [citado 2010 set. 16]. Disponível em: <http://portaldeenfermagem.blogspot.com/2008/07/artigo-dor-oncolgica-os-cuidados-de.html>
9. International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC). Cancer pain management. *Oncol Nurs Forum.* 1998;25(5):817-8.
10. International Council of Nurses (ICN). International Classification for Nursing Practice. Nurse experts needed for ICNP® catalogue review. *ICNP Bull* [Internet]. 2007 [cited 2009 Aug 2];(1). Available from: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP\\_Bulletin\\_June\\_2007\\_eng.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP_Bulletin_June_2007_eng.pdf)
11. Bartz C, Coenen A, Hardiker N, Jansen K. ICNP® Catalogues. In: Oud N, Sheerin F, Ehnfors M, Sermeus W, editors. *Proceedings of the 6th European Conference of ACENDIO; 2007 April 19-21; Amsterdam, Netherlands* [Internet]. Amsterdam: Oud Consultancy; 2007 [cited 2009 July 4]. p. 256-8 Available from: [http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings\\_6th\\_Acendio\\_Conference\\_2007.pdf](http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_6th_Acendio_Conference_2007.pdf)
12. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. *Int J Med Inform.* 2010;79(7):530-8.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2 Supl):15-25.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 ago. 2]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)
15. International Council of Nurses (ICN). Guidelines for ICNP® catalogue development [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2009 July 4]. Available from: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp\\_catalogue\\_development.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp_catalogue_development.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer.* Rio de Janeiro: INCA; 2002.
17. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Bittenberder E, Pippi MC, Ressel LB. Culture permeating the feelings and the reactions in the face of pain. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(1):36-43.
18. Shahi PK, Rueda ADC, Manga GP. Manejo del dolor oncológico. *An Med Intern. (Madrid)* 2007;24(11):554-7.
19. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(2):481-7.
20. Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A. Dor oncológica. *Rev Portug Pneumol.* 2007;6(1):855-67.
21. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino Am Enferm.* 2001;9(4):44-9.
22. Fine PG, Miaskowski C, Paice JA. Meeting the challenges in cancer pain management. *J Support Oncol.* 2004;2(6 Suppl 4):5-22.