

*ANITA MODA SALVADORI*

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE  
DADOS PARA PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO  
EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

*CAMPINAS*

*2007*

***ANITA MODA SALVADORI***

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE  
DADOS PARA PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO  
EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem,  
área de concentração em Enfermagem e Trabalho*

***ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ LUIZ TATAGIBA LAMAS***

***CAMPINAS***

***2007***

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa38d      Salvadori, Anita Moda  
Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para pacientes  
com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial / Anita Moda  
Salvadori. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : José Luiz Tatagiba Lamas  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Processos de enfermagem. 2. Autocuidado. 3.  
Quimioterapia. 4. Câncer – Quimioterapia. 5. Pulmões – Câncer. I.  
Lamas, José Luiz Tatagiba. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Developing a data collecting instrument to patients with  
lung cancer treated by chemotherapy in ambulatory**

**Keywords:** • Nursing process

- Self-care
- Chemotherapy
- Lung – Chemotherapy
- Lung neoplasm

**Área de concentração : Enfermagem e Trabalho**

**Titulação: Mestrado em Enfermagem**

**Banca examinadora: Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas**

**Profa. Dra. Ana Regina Borges Silva**

**Prof. Dr. Paolo Meneghin**

**Data da defesa: 28-02-2007**

---

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

---

---

**Orientador(a):** Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

---

---

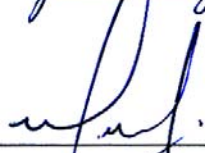
**Membros:**

---

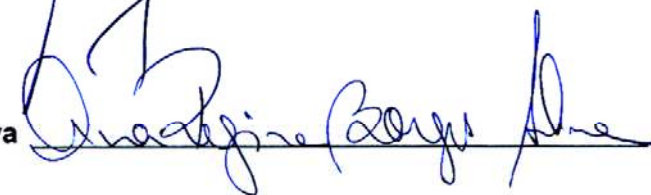
1. Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas



2. Prof. Dr. Paolo Meneghin



3. Profa. Dra. Ana Regina Borges Silva



---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data:** 28/02/2007

---

## ***DEDICATÓRIA***

*A meus pais que sempre me motivaram, apoiaram e estiveram do meu lado em todos os momentos, mesmo que, muitas vezes, não estivessem perto fisicamente, que me deram a oportunidade de estudar e me incentivaram a lutar por meus sonhos. Ao Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas, que mais que um orientador é um amigo em que sempre pude confiar.*

**MUITO OBRIGADA**

## ***AGRADECIMENTOS***

---

À Enfa. Cláudia Zanon pela participação na coleta de dados, se disponibilizando e ajudando o desenvolvimento da pesquisa.

Aos pacientes que aceitaram participar do estudo.

Ao Rodrigo Roberto Randi, meu namorado, pelo incentivo e paciência oferecidas

À Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre e à Profa. Dra. Ana Regina Borges Silva pelas valiosas sugestões dados no exame de qualificação.

Aos juízes que contribuíram com seus conhecimentos para aprimoramento do instrumento de coleta de dados.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES pela concessão de bolsa.

A toda família, amigos e àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

A todos da Clínica Concon e da Casa de Saúde de Campinas pelo apoio e respeito.

|                                                        | <b>PÁG.</b> |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMO</b> .....                                    | <i>xii</i>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                  | <i>xiv</i>  |
| <b>1- INTRODUÇÃO</b> .....                             | 16          |
| <b>2- OBJETIVOS</b> .....                              | 24          |
| <b>3- MÉTODO</b> .....                                 | 26          |
| <b>3.1- Delineamento do estudo</b> .....               | 27          |
| <b>3.2- Local e amostra</b> .....                      | 27          |
| <b>3.3- Procedimento</b> .....                         | 27          |
| 3.3.1- Desenvolvimento do instrumento.....             | 27          |
| 3.3.2- Avaliação da validade do instrumento.....       | 28          |
| 3.3.2.1- Validade de conteúdo.....                     | 28          |
| 3.3.2.2- Pré-teste do instrumento.....                 | 29          |
| 3.3.3- Avaliação da confiabilidade do instrumento..... | 30          |
| 3.3.4- Aspectos éticos.....                            | 30          |
| <b>4- RESULTADOS</b> .....                             | 31          |
| <b>4.1- Dados pessoais</b> .....                       | 32          |
| <b>4.2- O tratamento</b> .....                         | 33          |
| <b>4.3- Requisitos de autocuidado universais</b> ..... | 34          |
| <b>4.4- Exame físico</b> .....                         | 39          |
| <b>4.5- Sons da ausculta pulmonar</b> .....            | 46          |
| <b>4.6- Padrão intestinal</b> .....                    | 46          |
| <b>4.7- Outros achados</b> .....                       | 46          |

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5- DISCUSSÃO.....</b>                                                                               | <b>47</b> |
| <b>5.1- Dados pessoais, do tratamento e relacionados aos requisitos de autocuidado universais.....</b> | <b>48</b> |
| <b>5.2- Concordância entre observadores.....</b>                                                       | <b>50</b> |
| <b>5.3- Considerações sobre o teste de confiabilidade adotado neste trabalho.....</b>                  | <b>51</b> |
| <b>5.4- Questões norteadoras para análise dos dados fornecidos pelo instrumento.....</b>               | <b>53</b> |
| <b>6- CONCLUSÕES.....</b>                                                                              | <b>55</b> |
| <b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                              | <b>57</b> |
| <b>8- ANEXO.....</b>                                                                                   | <b>62</b> |
| <b>9- APÊNDICES.....</b>                                                                               | <b>65</b> |

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

|         |                                              |
|---------|----------------------------------------------|
| CPCP    | Carcinoma Indiferenciado de Pequenas Células |
| CPCNP   | Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas     |
| FCM     | Faculdade de Ciências Médicas                |
| INCA    | Instituto Nacional do Câncer                 |
| MMSS    | Membros Superiores                           |
| MMII    | Membros Inferiores                           |
| FC      | Frequência Cardíaca                          |
| PAS     | Pressão Arterial Sistólica                   |
| PAD     | Pressão Arterial Diastólica                  |
| RHA+    | Ruídos Hidroaéreos Presentes                 |
| RHA -   | Ruídos Hidroaéreos Ausente                   |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                       |
| T       | Temperatura                                  |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas            |

|                                                                                                                                                                                                    | <b>PÁG.</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Tabela 1-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de características sócio-demográficas da amostra. n=20. Campinas, 2006.....                                                                | 32          |
| <b>Tabela 2-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de tipo de tratamento, quimioterápicos utilizados e fase do tratamento dos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.....                 | 33          |
| <b>Tabela 3-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) dos padrões de sono e repouso referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.....                                              | 34          |
| <b>Tabela 4-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de prática de exercícios físicos referido pelos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2006.....                                                  | 34          |
| <b>Tabela 5-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de hábitos relacionados ao tabagismo e consumo de café referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.....                     | 35          |
| <b>Tabela 6-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de padrões nutricionais e de hidratação referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.....                                    | 36          |
| <b>Tabela 7-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) dos tipos de atividade diária e características do relacionamento familiar referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006..... | 37          |
| <b>Tabela 8-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de religiões referidas pelos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2006.....                                                                     | 38          |
| <b>Tabela 9-</b> Freqüência absoluta (n) e relativa (%) de alterações da segurança emocional e características da higiene pessoal referidos pelos sujeitos da pesquisa, n=20. Campinas, 2006.....  | 39          |

|                   |                                                                                                                                                                              |    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 10-</b> | Valores de média, desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de pressão arterial sistólica e das diferenças entre observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.....            | 39 |
| <b>Tabela 11-</b> | Valores de média e desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de pressão arterial diastólica e das diferenças (Dif) entre os observadores A e B. n=20. Campinas, 2006..... | 40 |
| <b>Tabela 12-</b> | Valores de média e desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de frequência cardíaca e das diferenças (Dif) entre observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.....            | 40 |
| <b>Tabela 13-</b> | Valores de média e desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de temperatura e das diferenças (Dif) entre observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.....                    | 41 |
| <b>Tabela 14-</b> | Valores absolutos de indicação de visão turva entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                               | 41 |
| <b>Tabela 15-</b> | Valores absolutos de condições da higiene bucal entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                             | 42 |
| <b>Tabela 16-</b> | Valores absolutos de indicação de dentição incompleta pelos observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                          | 42 |
| <b>Tabela 17-</b> | Valores absolutos de ausência de dentes entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                                     | 43 |
| <b>Tabela 18-</b> | Valores absolutos de grau de coloração de pele entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                              | 43 |
| <b>Tabela 19-</b> | Valores absolutos de grau de hidratação entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                                                     | 43 |
| <b>Tabela 20-</b> | Valores absolutos de concordância na classificação dos ruídos pulmonares entre os observadores A e B. Campinas, 2006.....                                                    | 44 |

|                   |                                                                                                                |    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 21-</b> | Valores absolutos de concordância na avaliação de edema de membros inferiores entre os observadores A e B..... | 44 |
| <b>Tabela 22-</b> | Valores absolutos de avaliação da perfusão periférica pelos observadores A e B. Campinas, 2006.....            | 44 |
| <b>Tabela 23-</b> | Valores absolutos de avaliação da locomoção pelos observadores A e B. Campinas, 2006.....                      | 45 |

***RESUMO***

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença, sendo que o de pulmão tem uma elevada mortalidade, pois grande parte dos pacientes o descobre em um estágio avançado. Seu tratamento pode ser cirúrgico, quimioterápico, radioterápico ou uma combinação destes. O tratamento quimioterápico traz diversos efeitos colaterais para os pacientes. A enfermeira deve estar apta a lidar com essas angústias e efeitos dos medicamentos, de modo que o paciente consiga realizar seu autocuidado em casa. Para isso necessita de uma assistência de enfermagem individualizada e efetiva. A presente dissertação, inserida na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, teve os objetivos de elaborar um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial baseado na teoria de Dorothea Orem, avaliar o conteúdo do instrumento e avaliar a confiabilidade do instrumento. A elaboração do instrumento foi baseada na revisão da literatura, nas características clínicas e necessidades dos pacientes com câncer de pulmão e na teoria de Dorothea Orem. Os dados foram coletados no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, no ambulatório de quimioterapia. Inicialmente o instrumento foi analisado por cinco juízes, peritos no assunto e submetido ao coeficiente de Kappa, teste de Friedman e teste de concordância de Kendall. Uma vez modificado, em função dos resultados da análise estatística, o instrumento foi submetido ao pré-teste. Os resultados do pré-teste deram origem a nova reformulação, após a qual se procedeu à avaliação da confiabilidade pelo método da equivalência. A análise estatística destes dados foi realizada por meio do coeficiente Kappa e teste de Wilcoxon. O instrumento foi dividido em duas partes: a primeira foi composta de dados pessoais e requisitos de autocuidado universais e a segunda parte pelo exame físico, na qual se utilizou a concordância entre dois observadores para a coleta de dados. Pudemos observar que houve discordância em poucos itens, muitos deles relacionados à subjetividade do observador. A concordância entre observadores se mostrou alta. A conclusão é que o instrumento se mostrou eficaz para a coleta de dados de pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial.

Palavras chaves: processos de enfermagem, autocuidado, quimioterapia, câncer do pulmão.

***ABSTRACT***

In Brazil, cancer is the second cause of death, if we consider only deaths caused by illnesses. Lung cancer, in particular, presents high mortality, because most patients discover it in an advanced stage. The treatment can be made by surgery, chemotherapy, radiotherapy or a combination. Chemotherapy has many side effects. Nurses must be able to face every side effect, giving to the patient conditions to perform self-care at home. To do this, patients need an individual and effective nursing assistance. This study is inserted in the research line Process of Care in Health and Nursing and its objectives were to develop a data collecting instrument to patients with lung cancer treated by chemotherapy in ambulatory and to evaluate the contents and the reliability of the instrument. It was elaborated based on a literature review, on the clinical characteristics and the needs of the patients and on Dorothea Orem's theory. Data were collected in Hospital das Clínicas, Universidade Estadual de Campinas, in the ambulatory of chemotherapy. The instrument was evaluated by five judges, experts in the area, and analysed by Kappa, Friedman and Kendall agreement tests. Depending on the results, the instrument was modified and tested as a preliminar version. New results originated new modifications, and then the reliability was evaluated by the equivalence method. The statistical analysis was made by means of Kappa coefficient and Wilcoxon test. The instrument was divided in two parts: the first one consisted of personal data and universal self-care requisites; the second part was composed of physical exam, and this part was submitted to the reliability test. It was observed that there was disagreement in few itens, in most occasions due to observer's subjectivity. Agreement between observers was high. The conclusion is that the instrument showed to be efficient to collect data from patients with lung cancer in ambulatorial chemotherapy.

Key words: nursing process; self-care; chemotherapy, lung cancer

## ***1- INTRODUÇÃO***

O câncer é uma doença que vem sendo muito discutida e um grave problema de saúde pública, sendo a segunda causa de morte por doença no Brasil. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais registrados em todo o mundo, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento, o que significa que é nesses locais que a doença mais dissemina. Encontramos na literatura tumores que são mais comuns em países em desenvolvimento (câncer do colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral) e outros mais incidentes em países desenvolvidos (câncer de mama, próstata, cólon e reto). No Brasil encontramos uma situação peculiar, em que observamos aumento do número de casos de câncer típicos de países desenvolvidos, bem como aqueles de países em desenvolvimento (Guerra et al., 2005; Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2006).

Mais de 1.200.000 novos casos de câncer são diagnosticados nos EUA a cada ano. No Brasil, a estimativa para 2006 apontava que ocorreriam 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, seriam os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (Otto, 2002; INCA, 2005; INCA, 2006).

O câncer de pulmão é comum entre os tumores malignos, apresentando um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial. No Brasil, o câncer de pulmão foi responsável por 14.715 óbitos em 2000, sendo o tipo de câncer que mais fez vítimas. Segundo as Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer de pulmão, estimados para o Brasil em 2006, é de 17.850 entre homens e de 9.320 nas mulheres. A análise da mortalidade por câncer de pulmão, entre 1979 e 2000, demonstra taxas crescentes, tendo passado de 7,73/100.000 para 12,13/100.000 entre os homens e de 2,33/100.000 para 5,33/100.000 entre as mulheres. É importante salientar um crescimento superior a 100% de mortos por essa doença no sexo feminino. O número de óbitos esperados para o ano de 2003 eram de 13,00/100.000 entre os homens, e 5,45/100.000, entre as mulheres (Brasil, 2002; Brasil, 2003; INCA, 2005; INCA, 2006). Esse aumento no número de casos no sexo feminino está relacionado com mudanças do estilo de vida. Na década de sessenta, com o movimento feminista, mulheres buscavam igualdade aos homens. Isso lhes trouxe

atribuições relacionadas à sua inserção no mercado de trabalho, que se somaram às que já exerciam, como cuidar da casa, filhos e maridos. Essa mudança do estilo de vida fez com que as mulheres passassem a praticar em larga escala alguns hábitos que eram considerados tipicamente masculinos como o etilismo e o tabagismo, este último diretamente relacionado com o aumento da incidência de câncer de pulmão (Bonassa, 2000).

O tabagismo contribui não somente para o aumento do número de casos de câncer de pulmão, mas também para o aumento da incidência de outros tipos de câncer, tais como de laringe, esôfago, boca e faringe, os dois últimos principalmente se associado a consumo de álcool e precárias condições de nutrição que são outros fatores de risco muito frequentes no Brasil (Guerra et al., 2005).

A maioria dos pacientes, na ocasião do diagnóstico, se apresenta com a doença em estágio avançado, o que dificulta o tratamento, e tem uma sobrevida que em geral não ultrapassa cinco anos (Ayoub, 2000; Curbelo et al., 2001; Sadler, 2003).

Os sinais e sintomas mais comuns do câncer de pulmão são tosse persistente, dor contínua no tórax, infecção respiratória alta recorrente ou persistente, sibilos, dispnéia, hemoptise e alteração em volume, cor e odor do escarro. Esses sintomas dificultam o diagnóstico precoce, já que podem estar presentes em muitas outras condições mórbidas.

A estratégia terapêutica para pacientes com câncer de pulmão é estabelecida após definição do tipo histológico e do estadiamento clínico. O carcinoma de pulmão é dividido em quatro tipos histológicos: carcinoma epidermóide, adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado de grandes células e carcinoma indiferenciado de pequenas células (Zamboni, 1991; Ayoub, 2000).

Existe uma outra divisão um pouco mais ampla do câncer de pulmão na qual ele é dividido em câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) e câncer de pulmão de células pequenas ou carcinoma indiferenciado de pequenas células (CPCP), sendo que este segundo tipo tem um comportamento clínico e biológico muito diferente de todos os outros tipos celulares (Zamboni, 1991; Ayoub, 2000).

O CPCNP é mais comum e tem uma agressividade menor, enquanto o CPCP tem uma menor incidência, mas é muito mais prejudicial. Neste tipo histológico é comum a existência de metástases no momento em que o tumor é diagnosticado. Isso reflete em diminuição do período de sobrevida (Lindsey, 1996; Marinis et al., 2003; Zakowski, 2003; Lyman e Djulbegovic, 2005).

É necessário realizar o estadiamento da doença para determinar qual o tipo de tratamento mais adequado. Pode ser dividido em estadio oculto, 0, I, II, IIIA, IIIB e IV. No estadio oculto o tumor é comprovado apenas por células (escarro ou lavado brônquicos), no zero encontra-se o carcinoma *in situ*, no estadio I o tumor tem tamanhos variados e pode comprometer brônquios ou pleura. No estadio II já ocorreu metástase homolateral para linfonodos peribrônquicos ou hilares. No IIIA há metástase homolateral em linfonodos mediastinais ou subclaviais, o tumor invade a parede torácica, diafragma, pleura mediastinal e pericárdio. No estadio IIIB encontra-se metástase contralateral em linfonodos hilares ou mediastinais e escalênicos, as células cancerígenas invadem outros órgãos (coração, por exemplo) ou ocorre um derrame pleural maligno. Por fim, no estadio IV, há metástase à distância (Otto, 2002).

Existem três formas de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Esta última modalidade, vinculada com esta pesquisa, tem se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. É um tipo de tratamento sistêmico, diferentemente da cirurgia e da radioterapia, que são mais antigas e de atuação localizada.

Os quimioterápicos são divididos em seis grupos: agentes alquilantes, antimetabólitos, antibióticos antitumorais, plantas alcalóides, agentes múltiplos e hormônios antagonistas tumorais (Bonassa, 2000).

A quimioterapia pode trazer diversos efeitos colaterais que variam individualmente e, dependendo do medicamento, determinados efeitos colaterais são mais prováveis de ocorrerem. Os quimioterápicos podem apresentar toxicidade hematológica (leucopenia, trombocitopenia e anemia), gastrointestinal (náuseas e vômitos, mucosite ou estomatite, anorexia, diarreia, obstipação), hepática, cardíaca, pulmonar, neurológica, vesical, renal, dermatológica (hiperpigmentação, fotossensibilidade, alopecia), e provocar

reações alérgicas, anafilaxia, disfunção reprodutiva e alterações metabólicas (hiponatremia, hiperuricemia). A enfermeira deve estar atenta para atuar nesses efeitos colaterais apresentados pelos pacientes de modo individual e eficaz, com o objetivo de minimizá-los (Fonseca, 2000).

Os fármacos mais utilizados para tratamento do câncer de pulmão provocam principalmente neurotoxicidade, depressão da medula óssea, ototoxicidade, nefrotoxicidade, distúrbios eletrolíticos, vômitos, estomatite, diarreia, alopecia, febre e flebite.

Determinados efeitos são mais comuns com o uso de certas drogas que com outras. Com paclitaxel é mais comum a neurotoxicidade (diminuição ou perda dos reflexos motores e sensoriais, hipersensibilidade caracterizada por dispnéia, hipotensão, angioedema e urticária) e depressão de medula óssea (leucopenia e anemia); com a cisplatina observa-se ototoxicidade, nefrotoxicidade, distúrbios eletrolíticos (hipopotassemia, hipomagnessemia e hipofosfatemia) e efeito emetogênico; a gencitabina causa mielossupressão (leucopenia, trombocitopenia e granulocitopenia), náuseas e vômitos; a paraplantina ou a carboplatina podem levar a supressão da medula óssea (trombocitopenia) e o etoposide é associado a supressão da medula óssea, náuseas, vômitos, estomatite, diarreia, alopecia, febre e flebite. Essas são as drogas atualmente mais utilizadas para tratamento do câncer de pulmão.

O tratamento quimioterápico freqüentemente é utilizado de forma paliativa para prolongar a vida do paciente, já que quando diagnosticada a doença, como citado anteriormente, em geral ela já está em um estágio avançado (Marinis et al., 2003; Vigano et al., 2004; Lyman e Djulbrgovic, 2005).

Considera-se que todos os quimioterápicos são teratogênicos, mutagênicos e carcinogênicos pelo fato de interferirem nos mecanismos genéticos e de divisão celular. Conseqüentemente, os pacientes tratados com esses agentes podem desenvolver outra neoplasia (Fonseca, 2000).

A quimioterapia é vista pelos pacientes como um importante fator estressante, no entanto, também é vista como um tratamento necessário. É importante que a pessoa seja capaz de realizar um bom enfrentamento no primeiro contato com a quimioterapia. Caso

contrário, pode haver piora nos efeitos colaterais das aplicações seguintes. Por exemplo, se uma pessoa não tem um bom enfrentamento do vômito em um primeiro momento, este pode estar aumentado posteriormente devido a uma reação psicológica de irritabilidade prévia (Cherneck, 1999; Fried et al., 2003).

É muito importante que a enfermeira atue como um multiplicador de informações a respeito do tratamento quimioterápico, dissipando dúvidas e desfazendo tabus, temores e preconceitos enraizados entre pacientes e população. Então emerge toda a importância dos cuidados de enfermagem para minimizar os sintomas de angústia e promover melhores condições de vida deste paciente (Sarna, 1998; Bonassa, 2000).

Uma assistência de enfermagem com acurada identificação de problemas relacionados ao estado físico, espiritual, mental e psicossocial dos pacientes pode oferecer esperança para alívio dos sintomas através de um programa de intervenção bem estruturado (Sarna, 1998). Para isso é necessário que a assistência de enfermagem se guie por uma teoria que possa englobar essa demanda, como a proposta por Dorothea Orem sobre o autocuidado.

Dorothea Orem foi a responsável pelo desenvolvimento da teoria do autocuidado. Ela referiu que a enfermagem tem uma especial preocupação com o autocuidado dos pacientes. Sua teoria engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência de autocuidado, bem como requisitos para o mesmo, e está dividida em três partes relacionadas: autocuidado, deficiências do autocuidado e sistemas de enfermagem.

Na primeira parte ela definiu o que é o autocuidado e suas vantagens, apresentando três categorias de requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Os requisitos universais estão relacionados com necessidades básicas do ser humano, como respiração e ingestão suficiente de água e alimento, dentre outros. Os requisitos desenvolvimentais são aqueles agregados a processos naturais, como o envelhecimento. O autocuidado por desvio de saúde é aquele que surge em condições de doença, ferimento ou moléstia, que podem ser permanentes ou transitórios. Um exemplo de desvio de saúde transitório é um paciente internado por apendicite: ele tem um desvio de saúde que, após a recuperação do procedimento cirúrgico, lhe permite seguir uma rotina

igual à anterior. O segundo tipo de desvio de saúde (permanente) está relacionado com doenças crônicas (hipertensão, diabete) ou acometimento permanente devido a algum trauma (paraplegia, amputação). O câncer é definido como um desvio de saúde permanente porque é uma doença crônica que, mesmo controlada, precisará de acompanhamento médico por toda a vida, pois uma pessoa que já apresentou um tumor maligno tem um risco aumentado de desenvolver outro (Orem, 1985; Foster e Janssens, 1993).

Há seis requisitos para o autocuidado por desvio de saúde: busca e garantia de assistência adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução efetiva de medidas prescritas; conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas; modificação do autoconceito (e da auto-imagem), na aceitação de si como estando num estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidado de saúde; aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (Orem, 1985; Foster e Janssens, 1993).

Na segunda parte ela descreveu a necessidade de intervenção de enfermagem quando o paciente apresenta um déficit de autocuidado, ou seja, está incapacitado ou limitado para realizar seu autocuidado. Neste contexto Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; ensinar o outro (Orem, 1985).

Na terceira parte de seu trabalho, Orem apresentou a teoria dos sistemas de enfermagem, na qual os pacientes são incluídos, pela enfermeira, de acordo com suas necessidades de autocuidado, nos sistemas totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação. Os três sistemas podem ser aplicados a um mesmo indivíduo. O paciente pode passar por todos os sistemas num curto período de tempo não concomitantemente, de acordo com o desenvolvimento de seu estado. Um bom exemplo é o paciente que irá passar por uma cirurgia com anestesia geral: no Centro Cirúrgico fica no sistema totalmente compensatório; quando está se recuperando vai para o parcialmente

compensatório, até que volta para o sistema de apoio educação quando está em um pós operatório tardio (Foster e Janssens, 1993).

No primeiro sistema a ação é toda realizada pelo enfermeiro ou cuidador, no segundo pelo paciente, enfermeiro ou cuidador, muitas vezes de maneira integrada.

Em seu trabalho, Orem também discutiu os conceitos de ser humano, saúde, sociedade e enfermagem e definiu três passos para o processo de enfermagem: diagnóstico e prescrição, planejamento de um sistema de enfermagem e para execução de cuidados, e produção e gerenciamento dos sistemas de enfermagem (Foster e Janssens, 1993).

Os pacientes que são encaminhados para a quimioterapia antineoplásica chegam com grandes demandas emocionais e físicas, dúvidas quanto ao tratamento e suas conseqüências, expectativa de melhora, incerteza quanto ao futuro e, ainda, sofrem os efeitos colaterais dos fármacos muitas vezes em casa. Seu contato com o enfermeiro é muito breve, por estarem em um ambiente ambulatorial. Com isso muitos apresentam déficit de conhecimento, o que os leva a apresentarem problemas físicos e emocionais. Isto se faz presente tanto no paciente como no cuidador, que não receberam orientações adequadas sobre como agir frente a diversos problemas que o tratamento traz. Logo, necessitam de uma assistência de enfermagem efetiva e estruturada, para que os sintomas sejam minimizados ou enfrentados com eficiência. A teoria do autocuidado, elaborada por Orem, parece ser um caminho para alcançar uma assistência de enfermagem mais eficaz, mas há necessidade de um instrumento de coleta de dados que torne todo o processo viável, já que na literatura nacional e internacional não foi possível encontrar instrumento como o proposto destinado a esses pacientes. Logo, este estudo tem como meta a construção e a validação de um instrumento de coleta de dados eficaz que leve a uma assistência de enfermagem mais direcionada para paciente em quimioterapia anticitostática por câncer de pulmão, de forma que o enfermeiro consiga realizar o levantamento de problemas, diagnóstico e prescrição de enfermagem, ou seja, toda a Sistematização da Assistência de Enfermagem, para que o cliente consiga sanar seu déficit de conhecimento e, conseqüentemente, realizar seu autocuidado.

## ***2- OBJETIVOS***

- Elaborar um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial
- Avaliar a validade de conteúdo do instrumento
- Avaliar a confiabilidade do instrumento

### ***3- MÉTODO***

### **3.1- Delineamento do estudo**

Este é um estudo metodológico e descritivo. A pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (Polit e Hungler, 1995). Já a descritiva visa observar, descrever e explorar aspectos de alguma situação (Contandriopoulos, 1997).

### **3.2- Local e amostra**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), uma instituição geral, governamental e de referência para a região.

A população desta pesquisa foi composta por adultos, de ambos os sexos, portadores de câncer de pulmão. Para compor a amostra, vinte sujeitos foram escolhidos aleatoriamente no período de 05/06/2006 a 10/07/2006. Foram critérios de inclusão ter o câncer de pulmão como diagnóstico primário, ter participado de ao menos uma sessão de quimioterapia, ser maior de idade e aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

### **3.3- Procedimento**

#### **3.3.1- Desenvolvimento do instrumento**

Inicialmente foi elaborado um instrumento de coleta de dados, baseado em uma revisão da literatura sobre o assunto, nas características clínicas e necessidades dos pacientes com câncer de pulmão e na teoria de Dorothea Orem. A revisão da literatura foi realizada nas principais bases de dados (Medline, Lilacs e Bdenf), e em livros e teses que tratavam do assunto. Quanto às características clínicas e necessidades do paciente, puderam ser encontradas tanto na revisão bibliográfica como no processo de observação do dia a dia

dos pacientes com câncer de pulmão que freqüentavam o ambulatório. A Teoria de Orem foi escolhida, pois dentre as teorias conhecidas ela é a que melhor se adequava ao paciente ambulatorial, já que com ela foi possível elaborar um instrumento de coleta de dados que contempla diversos aspectos do cotidiano do paciente e seu enfrentamento frente ao tratamento, para guiar o enfermeiro em uma melhor assistência de enfermagem. O instrumento (Apêndice 2) contém dados gerais (situação conjugal e escolaridade), aspectos de autocuidado nos desvios de saúde (diagnóstico médico, tipo de quimioterapia, quimioterápico utilizado, via de administração, intervalo entre as aplicações e fase do tratamento em que o paciente se encontra) e requisitos de autocuidado universais (padrão de sono e repouso, exercícios físicos, hábitos, padrões nutricionais/ hidratação, atividade diária, relacionamento familiar, espiritualidade, segurança emocional e higiene pessoal). Também consta o exame físico composto de: sinais vitais, exame da cabeça/pescoço/neurológico, nutrição/hidratação, tórax/pulmões, abdome, eliminações, extremidades/dorso e localização de feridas (Silva, 2000; Bajay, 2002; Hermida, 2005).

### 3.3.2- Avaliação da validade do instrumento

#### 3.3.2.1- Validade de conteúdo

Na segunda etapa foi verificada a validade do conteúdo, o que é realizado por meio da análise minuciosa das variáveis do instrumento, com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto que se deseja medir (Polit e Hungler, 1995; Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

Os instrumentos foram submetidos à apreciação de cinco juízes, todos com título de doutor. Um deles é médico pneumologista, os outros quatro são enfermeiros. Destes, dois têm experiência no desenvolvimento de instrumentos, outro apresenta experiência em quimioterapia e o último é especialista em teorias de enfermagem. O instrumento foi analisado quanto à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura ou compreensão do conteúdo de cada item, os quais foram discriminados em um modelo próprio. Os juízes registraram suas opiniões e sugeriram a retirada, acréscimo ou

modificação dos itens. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística por meio do coeficiente de Kappa, teste de Friedman e concordância de Kendall (Conover, 1971; Fleiss, 1981).

Foram adotadas modificações sugeridas nas quais os testes estatísticos forneceram resultados significativos na avaliação de concordância entre os juízes.

Houve necessidade de mudança no item relacionado ao consumo de café, cigarro e bebida alcoólica, que estavam originalmente sendo chamados de vícios e passaram a ser chamados de hábitos. No item que aborda higiene pessoal também houve mudança de “sujo, limpo, descuidado e mal vestido” para “boa, regular e má”, e o último quadro, cujo título era “localização de feridas”, passou a ser denominado de “outros achados”.

#### 3.3.2.2- Pré-teste do instrumento

O pré-teste foi realizado no Hospital das Clínicas da UNICAMP no ambulatório de quimioterapia e a amostra foi composta de 10 pacientes.

Para essa fase do estudo e a coleta de dados final o instrumento foi dividido em duas partes. A primeira, contendo dados pessoais do paciente, padrão de sono e repouso, exercício físico, hábitos, padrões nutricionais e hidratação, atividade diária, relacionamento familiar, espiritualidade e segurança emocional, foi preenchida apenas pelo pesquisador, já que as respostas eram dadas pelo paciente e qualquer pessoa que estivesse ouvindo anotaria o mesmo resultado.

Durante e após o pré-teste foi necessário fazer algumas mudanças no instrumento e na forma de coletar os dados. Começamos a utilizar um estetoscópio duplo, para que os dois pesquisadores pudessem auscultar simultaneamente. Definimos que apenas um dos pesquisadores ficaria responsável pelo manuseio dos instrumentos e faria as perguntas aos pacientes. Nessa fase também foi introduzido no instrumento uma escala de avaliação de dor (Apêndice 3).

### 3.3.3- Avaliação da confiabilidade do instrumento

Na etapa seguinte foi avaliada a confiabilidade da segunda parte do instrumento, correspondente ao exame físico. A importância desta etapa reside em que um instrumento confiável pode ser reaplicado em diversos momentos com a obtenção de dados similares aos da primeira coleta, desde que a amostra permaneça com as mesmas características iniciais.

A confiabilidade foi testada por meio do método da equivalência, que consiste na aplicação simultânea do instrumento por dois observadores diferentes (Lobiondo-Wood, 2001). O instrumento demonstra equivalência quando a concordância entre os observadores é alta.

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por uma enfermeira do ambulatório de quimioterapia, com grande experiência na área. O instrumento foi aplicado como no pré-teste, mas contando com uma amostra de vinte pacientes,

A análise estatística destes dados foi realizada por meio do coeficiente Kappa e teste de Wilcoxon (Conover, 1971; Fleiss, 1981).

### 3.3.4- Aspectos éticos

A investigação foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Anexo 1) e contato com os responsáveis pelo serviço. A realização da pesquisa não pressupõe a execução de qualquer procedimento invasivo e não trouxe risco para os pacientes. Os benefícios esperados relacionam-se à elaboração de um instrumento que propicie melhor qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia.

## ***4- RESULTADOS***

Os resultados serão apresentados de acordo com a ordem em que os dados aparecem no instrumento. Além disso, o subtítulo de cada seção é o mesmo que foi utilizado no instrumento.

#### 4.1- Dados pessoais

**Tabela 1-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de características sócio-demográficas da amostra. n=20. Campinas, 2006.

| Variável               | n  | %  |
|------------------------|----|----|
| <b>Idade</b>           |    |    |
| 43-72 anos             |    |    |
| média 61,4anos         |    |    |
| <b>Sexo</b>            |    |    |
| masculino              | 14 | 70 |
| feminino               | 6  | 30 |
| <b>Estado Civil</b>    |    |    |
| amasiado               | 1  | 5  |
| casado                 | 12 | 60 |
| separado               | 3  | 15 |
| viúvo                  | 4  | 20 |
| <b>Escolaridade</b>    |    |    |
| sem alfabetização      | 2  | 10 |
| fundamental incompleto | 13 | 65 |
| fundamental completo   | 2  | 10 |
| médio incompleto       | 1  | 5  |
| médio completo         | 2  | 10 |

A amostra foi composta por 20 pacientes, cuja idade variou entre 43 e 72 anos com uma média de 61,4 anos, mediana de 64 anos e desvio padrão de 8,9 anos. A maior parte era casado (60%) e, quanto à escolaridade, possuíam nível fundamental incompleto (65%).

## 4.2- O tratamento

A tabela 2, apresentada abaixo, descreve os quimioterápicos utilizados pelos pacientes.

Todos estavam recebendo a quimioterapia por via intravenosa. A poliquimioterapia foi a modalidade predominante (95%). O único que utilizava a monoquimioterapia realizava o tratamento com gencitabina. As combinações dos fármacos usados em poliquimioterapia foram: carboplatina + paclitaxel; etoposide + paraplatina; cisplatina + paclitaxel; carboplatina + paraplatina; carboplatina + etoposide; paclitaxel + paraplatina; cisplatina + gencitabina.

O quimioterápico mais utilizado foi o paclitaxel. A maior parte dos pacientes (35%) estava na terceira fase do tratamento.

**Tabela 2-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de tipo de tratamento, quimioterápicos utilizados e fase do tratamento dos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.

| Variável                          | n  | %  |
|-----------------------------------|----|----|
| <b>Tipos de tratamento</b>        |    |    |
| Monoquimioterapia                 | 1  | 5  |
| Poliquimioterapia                 | 19 | 95 |
| <b>Quimioterápicos utilizados</b> |    |    |
| Paclitaxel                        | 11 | 55 |
| Cisplatina                        | 10 | 50 |
| Gencitabina                       | 2  | 10 |
| Paraplatina                       | 4  | 20 |
| Etoposide                         | 6  | 30 |
| Carboplatina                      | 8  | 40 |
| <b>Fase do tratamento</b>         |    |    |
| Primeira                          | 6  | 30 |
| Segunda                           | 3  | 15 |
| Terceira                          | 7  | 35 |
| Quarta                            | 3  | 15 |
| Quinta                            | 1  | 5  |

### 4.3- Requisitos de autocuidado universais

**Tabela 3-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) dos padrões de sono e repouso referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.

| Variável                   | n  | %  |
|----------------------------|----|----|
| <b>Sono diário (horas)</b> |    |    |
| < 6                        | 5  | 25 |
| 6 – 8                      | 9  | 45 |
| > 8                        | 6  | 30 |
| <b>Problema com o sono</b> |    |    |
| Iniciar o sono             | 4  | 20 |
| Manter o sono              | 10 | 50 |

A maior parte dos pacientes (55%) referiu dormir de seis a oito horas diárias e 10 pacientes referiram algum problema para manter o sono. Dentre estes, dois referiram, além deste problema, dificuldade de iniciar o sono. Os outros oito que não referiram problemas com o sono dormiam de sete a doze horas. Apenas um referiu dormir cinco horas por noite.

**Tabela 4-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de prática de exercícios físicos referida pelos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2006.

| Exercício | n  | %   |
|-----------|----|-----|
| Não       | 18 | 90  |
| Sim       | 2  | 10  |
| Total     | 20 | 100 |

Grande parte da população estudada (90%) não praticava nenhum tipo de atividade física, alegando que, devido ao tratamento, sentiam fraqueza e cansaço nas pernas.

**Tabela 5-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de hábitos relacionados ao tabagismo e consumo de café referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.

| Variável                        | n  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| <b>Consumo de café</b>          |    |      |
| Sempre consumiu                 | 17 | 85   |
| Nunca consumiu                  | 2  | 10   |
| Consome há 1 ano e parou        | 1  | 5    |
| <b>Quantidade de xícaras</b>    |    |      |
| < 3                             | 6  | 35,3 |
| 3 – 5                           | 7  | 41,2 |
| > 5                             | 4  | 23,5 |
| <b>Deixou o hábito do café</b>  |    |      |
| 2 meses                         | 1  | 50   |
| 4 meses                         | 1  | 50   |
| <b>Tabagismo</b>                |    |      |
| Sim                             | 19 | 95   |
| Não                             | 1  | 5    |
| <b>Consumo de cigarro</b>       |    |      |
| Fuma/fumou por 30 anos          | 3  | 15,8 |
| Fuma/fumou por 40 anos          | 3  | 15,8 |
| Fuma/fumou por 50 anos          | 4  | 21   |
| Fuma/fumou por 60 anos          | 1  | 5,3  |
| Não sabe                        | 8  | 42,1 |
| <b>Quantidade de cigarros</b>   |    |      |
| < 1 maço                        | 2  | 66,7 |
| ≥ 1 maço                        | 4  |      |
| <b>Deixou o hábito de fumar</b> |    |      |
| < 1 ano                         | 5  | 29,4 |
| ≥ 1 ano                         | 12 | 70,6 |

A maior parte da população sempre consumiu café, sendo que três a cinco xícaras diárias foi a resposta mais frequente. Apenas um relatou que consumia há um ano, mas havia parado há dois meses. Outro pesquisado relatou que sempre havia consumido café, mas deixara o hábito há quatro meses.

Quanto ao tabagismo, 19 (95%) referiram que fumam ou fumavam. Destes a maioria afirmou consumir ou ter consumido mais de 1 maço por dia durante 30 – 40 anos. Dos 17 que deixaram de fumar a maioria parou de fumar há mais de um ano.

O uso de bebida alcoólica foi referido apenas por cinco pacientes e todos já haviam deixado este hábito.

**Tabela 6-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de padrões nutricionais e de hidratação referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.

| Variável                              | n  | %    |
|---------------------------------------|----|------|
| <b>Necessidade de dieta especial</b>  |    |      |
| Sim                                   | 14 | 70   |
| Não                                   | 6  | 30   |
| <b>Quantidade de líquido ingerido</b> |    |      |
| < 1 litro                             | 11 | 55   |
| 1 – 2 litros                          | 8  | 40   |
| > 2 litros                            | 1  | 5    |
| <b>Tipo de líquido ingerido</b>       |    |      |
| Água                                  | 18 | 52,9 |
| Chá                                   | 2  | 5,9  |
| Sucos naturais                        | 11 | 32,4 |
| Refrigerante                          | 2  | 5,9  |
| Refresco                              | 1  | 2,9  |

Quando questionados sobre o tipo de alimento que costumavam ingerir, 11 disseram comer de tudo e o restante relatou alimentos variados. Dentre os alimentos que não consumiam, cinco disseram que não havia nada de que não gostassem, enquanto quinze pacientes apresentaram restrições (leite, verdura, carne bovina, carne suína, doces, jiló, entre outros).

Quanto à necessidade de dieta especial, 14 (70%) referiram realizar, sendo que eram dietas relacionadas a hipertensão arterial e diabetes.

A maior parte dos pacientes consumia menos de um litro de líquido por dia e apenas 5% (um) referiu consumir mais de dois litros. O líquido mais consumido é a água.

**Tabela 7-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) dos tipos de atividade diária e características do relacionamento familiar referidos pelos sujeitos da pesquisa. n=20. Campinas, 2006.

| <b>Variável</b>                    | <b>n</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|----------|----------|
| <b>Atividade diária</b>            |          |          |
| Trabalha                           | 2        | 10       |
| Estuda                             | 0        | 0        |
| Aposentado                         | 12       | 60       |
| Atividades do lar                  | 0        | 0        |
| Outros                             | 6        | 30       |
| <b>Reside com</b>                  |          |          |
| Cônjuge e filhos                   | 5        | 25       |
| Cônjuge                            | 11       | 55       |
| Filhos                             | 4        | 20       |
| <b>Relacionamento familiar</b>     |          |          |
| Bom                                | 11       | 55       |
| Ótimo                              | 4        | 20       |
| Péssimo                            | 1        | 5        |
| Regular                            | 4        | 20       |
| <b>Vida sexual ativa</b>           |          |          |
| Sim                                | 10       | 50       |
| Não                                | 10       | 50       |
| <b>Uso de método contraceptivo</b> |          |          |
| Não                                | 9        | 95       |
| Sim                                | 1        | 5        |

A maior parte dos pesquisados era aposentada. As atividades de vida diária referidas que não estavam previamente no instrumento foram: afastado (quatro pessoas), indenizado (uma pessoa) e pensionista (uma pessoa).

Quanto ao relacionamento familiar a maioria vive com o cônjuge, tem uma boa relação com o mesmo e metade tinha vida sexual ativa, sendo que 19 pacientes não usavam nenhum método contraceptivo. Duas mulheres e oito homens referiram vida sexual ativa. Destas mulheres, nenhuma utilizava método contraceptivo (uma tinha 52 anos e a outra 61 anos). Apenas um homem utilizava método contraceptivo (preservativo). Dentre os que não tinham vida sexual ativa quatro eram mulheres e seis homens.

**Tabela 8-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de religiões referidas pelos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2006.

| Religião         | n  | %   |
|------------------|----|-----|
| Católica         | 13 | 65  |
| Crente/ católica | 1  | 5   |
| Evangélico       | 4  | 20  |
| Protestante      | 1  | 5   |
| Nenhuma          | 1  | 5   |
| Total            | 20 | 100 |

As religiões foram anotadas conforme o paciente referia. A religião católica foi predominante, compreendendo 65% da amostra (13 pacientes). Ressalta-se que apenas um paciente referiu não ter prática religiosa (tabela 8).

**Tabela 9-** Frequência absoluta (n) e relativa (%) de alterações da segurança emocional e características da higiene pessoal referida pelos sujeitos da pesquisa, n=20. Campinas, 2006.

| Variável                   | n  | %  |
|----------------------------|----|----|
| <b>Segurança emocional</b> |    |    |
| Choro                      | 1  | 5  |
| Choro/ sentimento de medo  | 1  | 5  |
| Inquietação                | 1  | 5  |
| Preocupação                | 1  | 5  |
| Tensão facial              | 1  | 5  |
| Nenhuma das categorias     | 15 | 75 |
| <b>Higiene pessoal</b>     |    |    |
| Boa                        | 19 | 95 |
| Regular                    | 1  | 5  |

Segundo a tabela 9, foi possível perceber algum tipo de alteração emocional em cinco pacientes (25%). As categorias temor, apreensão ou comportamento de negação, fuga, relato de pânico obsessões, nervosismo, voz trêmula não foram citadas; 15 pacientes não apresentaram ou referiram qualquer problema ligado à segurança emocional. Quase a totalidade dos pacientes apresentou uma boa higiene pessoal.

#### 4.4- Exame físico

**Tabela 10-** Valores de média, desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de pressão arterial sistólica e das diferenças entre observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.

| Variável | média | dp   | mínimo | mediana | máximo |
|----------|-------|------|--------|---------|--------|
| PAS-A    | 126,3 | 22,8 | 100    | 119     | 190    |
| PAS-B    | 123,5 | 23,2 | 90     | 120     | 190    |
| Dif      | 2,8   | 7,9  | -10    | 0       | 24     |

p=0,1709 (Wilcoxon para amostras relacionadas)

Segundo o teste de Wilcoxon o valor de p não é significativo, logo a concordância entre os observadores foi satisfatória.

**Tabela 11-** Valores de média e desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de pressão arterial diastólica e das diferenças (Dif) entre os observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.

| Variável | média | dp   | mínimo | mediana | máximo |
|----------|-------|------|--------|---------|--------|
| PAS-A    | 79,5  | 16,3 | 60     | 74      | 120    |
| PAS-B    | 78,8  | 14,9 | 60     | 70      | 110    |
| Dif      | 0,8   | 4,1  | -10    | 2       | 10     |

p=0,3526 (Wilcoxon para amostras relacionadas)

Segundo o teste de Wilcoxon o valor de p não foi significativo, logo a concordância entre os observadores foi satisfatória.

**Tabela 12-** Valores de média, desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de frequência cardíaca e das diferenças (Dif) entre observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.

| Variável | média | dp   | Mínimo | mediana | máximo |
|----------|-------|------|--------|---------|--------|
| FC - A   | 83,2  | 13,9 | 56     | 85      | 106    |
| FC - B   | 91,5  | 16,3 | 60     | 90      | 120    |
| Dif      | -8,3  | 12,2 | -30    | -9      | 8      |

p=0,0072 (Wilcoxon para amostras relacionadas)

Segundo o teste de Wilcoxon, o valor de p mostra uma baixa concordância entre os observadores.

**Tabela 13-** Valores de média, desvio padrão (dp), mínimo, mediana e máximo de temperatura e das diferenças (Dif) entre os observadores A e B. n=20. Campinas, 2006.

| Variável | média | dp  | mínimo | mediana | máximo |
|----------|-------|-----|--------|---------|--------|
| T - A    | 36,1  | 0,5 | 35     | 36,1    | 36,8   |
| T - B    | 36,1  | 0,5 | 35     | 36,1    | 36,8   |
| Dif      | -0,1  | 0,1 | -0,4   | 0,0     | 0,0    |

p=0,0156 (Wilcoxon para amostras relacionadas)

A pesar dos valores similares apresentados na tabela o valor de p foi significativo, mostrando uma baixa concordância entre os observadores.

**Tabela 14-** Valores absolutos de indicação de visão turva entre os observadores A e B. Campinas, 2006.

| ObsB  | ObsA |     | Total |
|-------|------|-----|-------|
|       | Não  | Sim |       |
| Não   | 10   | 0   | 10    |
| Sim   | 6    | 4   | 10    |
| Total | 16   | 4   | 20    |

Kappa=0,4

O resultado do teste de Kappa mostra uma concordância intermediária entre os observadores.

**Tabela 15-** Valores absolutos de condições da higiene bucal relatados pelos observadores A e B. Campinas, 2006.

| <b>ObsB</b> | <b>ObsA</b> |         |      | <b>Total</b> |
|-------------|-------------|---------|------|--------------|
|             | Boa         | Regular | Ruim |              |
| Boa         | 14          | 0       | 0    | 14           |
| Regular     | 4           | 0       | 0    | 4            |
| Ruim        | 0           | 2       | 0    | 2            |
| Total       | 18          | 2       | 0    | 20           |

Kappa= 0,4444

Observamos uma concordância intermediária para este parâmetro segundo o teste de Kappa. Chama a atenção o fato de que nenhum paciente apresentou más condições de higiene bucal.

**Tabela 16-** Valores absolutos de indicação de dentição incompleta pelos observadores A e B. Campinas, 2006.

| <b>ObsB</b> | <b>ObsA</b> |     | <b>Total</b> |
|-------------|-------------|-----|--------------|
|             | Não         | Sim |              |
| Não         | 7           | 0   | 7            |
| Sim         | 2           | 11  | 13           |
| Total       | 9           | 11  | 20           |

Kappa= 0,7938

Segundo o teste de Kappa houve uma ótima concordância entre os observadores nesse quesito.

**Tabela 17-** Valores absolutos de ausência de dentes entre os observadores A e B. Campinas, 2006.

| <b>ObsB</b> | <b>ObsA</b> |     | Total |
|-------------|-------------|-----|-------|
|             | Não         | Sim |       |
| Não         | 11          | 2   | 13    |
| Sim         | 0           | 7   | 7     |
| Total       | 11          | 9   | 20    |

Kappa= 0,7938

O teste de Kappa demonstrou uma ótima concordância neste item analisado.

**Tabela 18-** Valores absolutos de grau de coloração de pele entre os observadores A e B. Campinas, 2006.

| <b>ObsB</b> | <b>ObsA</b> |     | Total |
|-------------|-------------|-----|-------|
|             | Não         | Sim |       |
| Não         | 7           | 0   | 7     |
| Sim         | 6           | 7   | 13    |
| Total       | 13          | 7   | 20    |

Kappa= 0,4495

O resultado do teste de Kappa evidencia uma concordância intermediária entre os observadores.

**Tabela 19-** Valores absolutos de grau de hidratação entre os observadores A e B. Campinas, 2006.

| <b>ObsB</b> | <b>ObsA</b> |           | Total |
|-------------|-------------|-----------|-------|
|             | Desidratado | Hidratado |       |
| Desidratado | 1           | 0         | 1     |
| Hidratado   | 3           | 16        | 19    |
| Total       | 4           | 16        | 20    |

Kappa= 0,3478

Foi encontrada uma fraca concordância entre os observadores pelo teste de Kappa.

**Tabela 20-** Valores absolutos de concordância na classificação dos ruídos pulmonares entre os observadores A e B. Campinas, 2006.

| ObsB  | ObsA  |       | Total |
|-------|-------|-------|-------|
|       | Limpo | Ruído |       |
| Limpo | 13    | 1     | 14    |
| Ruído | 1     | 5     | 6     |
| Total | 14    | 6     | 20    |

Kappa= 0,7619

O resultado do teste de Kappa foi de 0,7619, mostrando uma ótima concordância entre os observadores.

**Tabela 21-** Valores absolutos de concordância na avaliação de edema de membros inferiores entre os observadores A e B.

| ObsB  | ObsA |     | Total |
|-------|------|-----|-------|
|       | Não  | Sim |       |
| Não   | 15   | 0   | 15    |
| Sim   | 1    | 4   | 5     |
| Total | 16   | 4   | 20    |

Kappa= 0,8571

Segundo o teste de Kappa, a concordância entre os observadores foi ótima.

**Tabela 22-** Valores absolutos de avaliação da perfusão periférica pelos observadores A e B. Campinas, 2006.

| ObsB      | ObsA      |        | Total |
|-----------|-----------|--------|-------|
|           | Diminuída | Normal |       |
| Diminuída | 3         | 0      | 3     |
| Normal    | 2         | 15     | 17    |
| Total     | 5         | 15     | 20    |

Kappa= 0,6923

O valor do teste de Kappa mostrou uma concordância intermediária entre os observadores.

**Tabela 23-** Valores absolutos de avaliação da locomoção pelos observadores A e B. Campinas, 2006.

| Obs B       | ObsA        |             | Total |
|-------------|-------------|-------------|-------|
|             | Com auxílio | Sem auxílio |       |
| Com auxílio | 2           | 2           | 4     |
| Sem auxílio | 0           | 16          | 16    |
| Total       | 2           | 18          | 20    |

Kappa= 0,6154

O teste de Kappa mostrou uma concordância intermediária entre os observadores.

A concordância entre observadores foi de 100% nos seguintes itens:

- **Cabeça/ Pescoço/ Neurológico:** consciente, orientado, desorientado, confuso, agitado. Dificuldade de comunicação, tremores, convulsões.
- **Pupilas:** isocórico, anisocórico, midriática, miótica, fotorreagente, não fotorreagente, nistagmo, escotomas, diplopia.
- **Cavidade oral:** sialorréia, desvio de rima, lesões/ incisões, edemas, dentição completa, prótese.
- **Nutrição/ Hidratação:** icterico, anasarca, dificuldade de deglutição, náuseas e vômitos.
- **Torax/ Pulmões:** expansão torácica, expectoração. Nebulização, catéter de O<sub>2</sub>. Lesões, incisões, queixas de dor, intensidade da dor.
- **Abdome:** escavado, distendido, tenso, flácido, timpânico, ascítico, doloroso. RHA+, RHA-.

- **Eliminações:** flatos, diurese (oligúria, anúria e poliúria).
- **Extremidade/ Dorso:** Edema de MMSS. Cianose, parestesias, paresias, movimentação de membros superiores e movimentação de membros inferiores, não deambula e lesões e incisões.

#### **4.5- Sons da ausculta pulmonar**

Com relação aos sons da ausculta pulmonar, foi possível verificar 70 cruzamentos entre as respostas. A baixa frequência em cada item observado não permitiu a realização do teste de Kappa. Entretanto, em apenas sete cruzamentos ocorreu discordância entre as respostas, o que nos leva a acreditar que houve boa concordância entre os observadores.

#### **4.6- Padrão intestinal**

Foi possível verificar, com relação à frequência de evacuações, 36 cruzamentos possíveis entre as respostas. Novamente, a baixa frequência em cada item observado não permitiu a realização do teste de Kappa. Entretanto, em apenas 3 cruzamentos ocorreu discordância entre as respostas, o que nos leva a acreditar que houve boa concordância entre os observadores.

#### **4.7- Outros achados**

Em outros achados houve apenas uma diferença na qual o observador A relatou uma cicatriz e o observador B não a relatou.

## ***5- DISCUSSÃO***

### **5.1- Dados pessoais, do tratamento e relacionados aos requisitos de autocuidado universais**

Os dados sócio demográficos confirmam o que encontramos na literatura: o câncer de pulmão é mais comum entre homens com idade avançada, já que a média de idade foi de 61,4 anos (Ayoub, 2000; Guerra et al., 2005), e em pessoas com baixo nível de escolaridade. Inquérito domiciliar realizado entre os anos de 2002 e 2003 mostrou que o hábito de fumar é mais freqüente entre pessoas com menos de oito anos de escolaridade, ou seja, aquelas que não completaram o ensino fundamental (Brasil, 2004). Além disso, nossos dados foram coletados em uma instituição que atende pacientes de toda região pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gratuitamente. Em geral, pessoas atendidas por instituições como essa apresentam baixo nível sócio-econômico e baixo grau de escolaridade.

A poliquimioterapia é a modalidade de tratamento mais utilizada para o câncer de pulmão que, quando descoberto, normalmente, já está em um estadiamento mais avançado (geralmente IIIA), que inviabiliza o tratamento cirúrgico. Conforme referido na introdução o tratamento quimioterápico frequentemente é utilizado de forma paliativa para prolongar a vida do paciente (Marinis et al., 2003; Vigano et al., 2004; Lyman e Djulbrgovic, 2005). Neste estudo, 19 pacientes receberam poliquimioterapia (tabela 2), de acordo com o preconizado pela literatura. A grande diversidade de drogas utilizadas não se deveu somente a isto, mas também ao fato de que houve, durante a coleta de dados, uma mudança no protocolo de tratamento utilizado na instituição.

A maior parte da população do estudo referiu problemas para manter o sono, muitas vezes relacionado com dispnéia durante a noite devido à patologia de base. No entanto, afirmaram que dormem em quantidade suficiente. Segundo Levin et al. (2005), pacientes com câncer de células não pequenas avançado apresentam problemas de sono com maior freqüência, da quarta à sétima sessão de quimioterapia.

Diversos pacientes, quando interrogados sobre a razão de não praticarem atividade física, referiram dispnéia e principalmente cansaço nas pernas. É bastante lógico que a dispnéia seja um dos principais sintomas apresentados por portadores de câncer de

pulmão. Além disso, a fadiga é apontada como um dos efeitos colaterais dos quimioterápicos (Bonassa, 2000; Fonseca et al., 2000).

Alterações relacionadas com a emotividade foram pouco encontradas provavelmente devido ao pouco tempo de contato entre entrevistador e entrevistado não ter permitido a formação de um vínculo. A literatura aponta para alterações na emotividade diante de uma enfermidade tão grave tanto do ponto de vista dos pacientes como dos seus cuidadores. O paciente necessita de ajuda em muitas funções que antes realizava sozinho, mas com os efeitos dos medicamentos e a progressão da doença já não consegue mais, necessitando da ajuda de um cuidador que acaba restringindo com o paciente sua qualidade de vida (Chan e Chang, 1999; Zhang e Siminoff, 2003).

Sem dúvida a principal causa do câncer de pulmão é o tabagismo (Giarelli et al., 2000; Guerra et al., 2005), o que também ficou claro nesta pesquisa, já que 95% da amostra referiu ser ou ter sido tabagista. Também podemos observar a forte relação que existe entre o consumo de cigarro e de café, já que a maior parte da população estudada fazia uso dos dois.

O consumo de líquido foi insuficiente para a maior parte da população, o que é um fato preocupante e ao mesmo tempo esperado. Poucas pessoas têm o hábito de consumir dois litros ou mais de líquido por dia. Muitos quimioterápicos são nefrotóxicos, dentre eles a cisplatina, que foi uma das drogas utilizadas pelos pacientes deste estudo. A baixa ingestão de líquido pode aumentar a toxicidade desta droga. O restante das drogas utilizadas tem uma maior relação com a depressão da medula óssea (Fonseca, 2000).

A gestação deve ser evitada durante o tratamento quimioterápico, pois as drogas são teratogênicas e mutagênicas e algumas vezes durante esse período a gestação pode ser interrompida ou a criança nascer com sérios problemas físicos ou mentais. Na vigência de gravidez aumenta o risco de morte da paciente e aumenta a chance de progressão da doença podendo levar à morte. Por outro lado, mesmo que a gravidez fosse levada até o final, a mulher poderia não ter condições físicas e emocionais para cuidar de seu filho (Ayoub, 2000). No estudo havia duas mulheres que tinham vida sexual ativa e nenhuma delas fazia uso de algum método contraceptivo, pois já haviam passado pela menopausa.

## 5.2- Concordância entre observadores

De um modo geral, a concordância entre os observadores A e B com relação à pressão arterial foi satisfatória, pois pequenas diferenças entre medidas são aceitáveis. Entretanto, alguns itens apresentaram concordância baixa ou intermediária, o que justifica uma análise mais aprofundada.

A concordância foi baixa com relação ao pulso e temperatura. Os dois tipos de medidas foram realizadas pelos dois observadores simultaneamente. No caso da temperatura, os dois observadores olharam o mesmo termômetro sequencialmente. Acreditamos que a baixa concordância pode estar relacionada a arredondamentos ocorridos, que tenham alterado sutilmente as médias calculadas. Como a temperatura interna é regulada pelo organismo dentro de limites muito estreitos, um décimo de grau pode de fato significar uma diferença clínica (Guyton, 1998). Entretanto, isso é questionável, considerando que a temperatura foi medida na região axilar, local em que a variação aceita como limite de normalidade é superior a um grau (Porto, 2000).

Quanto ao pulso, cada pesquisador palpou uma artéria radial, simultaneamente. Como não são esperadas, em condições normais, diferenças significativas neste parâmetro entre os dois braços, a baixa concordância pode estar relacionada a algum problema cardiovascular do paciente ou a alguma consequência de sua doença. Houve um pesquisado que apresentou pulso muito arritmico, o que pode ter feito com que os pesquisadores apontassem valores distintos para o mesmo paciente.

Por fim, salientamos que não se pode descartar o fator humano como um dos motivos que produziram a baixa concordância entre esses itens.

Apesar de ocorrerem algumas respostas distintas, a concordância foi considerada ótima quando se tratou de ruídos pulmonares, edema de membros inferiores, dentição incompleta e ausência de dentes. Nesses dois últimos itens a concordância não foi total, provavelmente por algum observador ter considerado ausência de dentes como dentição incompleta ou não ter observado com atenção a cavidade bucal do paciente.

Visão turva, higiene bucal, coloração de pele, perfusão periférica e locomoção tiveram uma concordância intermediária porque se referem a dados que necessitam de uma avaliação subjetiva dos observadores. O mesmo ocorre com a hidratação do paciente, que apresentou uma fraca concordância. Hermida (2005), em sua dissertação de mestrado, também realizou a validação de um instrumento que continha o exame físico e, em relação à higiene bucal, também encontrou baixa concordância.

A ausculta pulmonar apresentou algumas diferenças, mas os dados não puderam ser analisados devido ao grande número de variáveis e à baixa frequência de casos em cada item. Entretanto, as discordâncias encontradas foram poucas e podem ter sido devidas à interpretação dada ao som auscultado.

Quanto ao padrão intestinal as poucas divergências foram relacionadas com uma certa indefinição do paciente. Quando se perguntava, por exemplo, “com que frequência vai ao banheiro evacuar?” ele respondia “uma ... duas a três vezes por dia”. Isso pode ter levado um observador a marcar de 2 a 3 vezes por dia como resposta, enquanto o outro anotava 1 a 3 vezes por dia. No trabalho de Hermida (2005) foi possível avaliar este item, sendo obtida uma boa concordância.

Conforme descrito no capítulo de resultados, a maior parte dos itens do instrumento, no que diz respeito ao exame físico, apresentou concordância total. Os trabalhos de Bajay (2001) e Hermida (2005) não discriminam exatamente em quantos pontos dos instrumentos desenvolvidos foi encontrada uma concordância de 100%, mas apontam a ocorrência muito frequente de valores de Kappa acima de 0,75.

### **5.3- Considerações sobre o teste de confiabilidade adotado neste trabalho**

O método da equivalência é a concordância ou a coerência entre dois observadores que usam a mesma ferramenta ou formas de ferramentas alternadas. Neste método a confiabilidade ou coerência do observador é testada, e não a do instrumento. Por isso, há necessidade de um treinamento prévio dos pesquisadores antes da abordagem aos pacientes (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

Outro tipo de avaliação que existe é o teste-reteste que consiste na administração do mesmo instrumento aos mesmos pacientes sob condições semelhantes em duas ou mais ocasiões (Lobiondo-Wood e Haber, 2001). Esse método não poderia ser aplicado neste estudo, pois os pacientes com câncer de pulmão são muito instáveis do ponto de vista clínico e também apresentam grandes alterações do quadro após a administração dos quimioterápicos, pelos efeitos colaterais desses fármacos.

A confiabilidade de forma paralela ou alternada é parecida com o teste-reteste, por ser aplicada em mais de um momento na mesma população, com o diferencial de que os instrumentos aplicados não são exatamente iguais ao primeiro. Esse tipo de teste sofreria os mesmos problemas do teste-reteste já citados anteriormente (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

Trabalhos que se preocupam em validar instrumentos para auxiliar na coleta de dados, planejamento e execução da assistência de enfermagem têm se tornado frequentes nos últimos anos. Podemos citar três estudos que seguiram esta linha: Bajay (2001), Radovanovic (2002) e Hermida (2005)

Bajay (2001) elaborou um instrumento para avaliação de feridas e sua aplicação favoreceu um registro sistemático dos dados do paciente e da ferida, evidenciando o tratamento, evolução e fatores de risco de cada caso. No seu trabalho o teste de equivalência entre observadores demonstrou a confiabilidade do instrumento.

Radovanovic (2002) se deteve em um instrumento para movimentação e transferência de pacientes, com uma abordagem ergonômica. Em seu trabalho ela também utilizou o método da equivalência entre observadores para avaliação da confiabilidade. A conclusão foi que a escala construída poderia facilitar o planejamento e execução de forma sistemática da assistência de enfermagem. A autora sugeriu que o instrumento poderia ainda ser utilizado em outras pesquisas relacionadas com o tema.

Já Hermida (2005) elaborou um instrumento guiado pela teoria de Dorothea Orem, que foi aplicado em uma unidade de neurocirurgia. A forma de verificar a confiabilidade foi a mesma dos dois estudos anteriores e demonstrou que o instrumento

possibilita classificar os pacientes de acordo com a dependência e propicia uma assistência de qualidade. A autora citou que a avaliação da confiabilidade entre dois observadores permitiu identificar habilidades e competências distintas entre as pessoas que aplicavam o instrumento. Isso pode resultar em registros diferentes entre os dois, talvez relacionados à formação de ambos. Mesmo assim, com base nos dados obtidos, foi levantada a necessidade de revisar alguns itens.

Nossos resultados indicam uma situação semelhante à relatada por Bajay (2001), Rodovanovic (2002) e Hermida (2005), já que o método para aferição da confiabilidade foi o mesmo e o índice de concordância total que obtivemos foi muito alto. Mesmo assim, também foi possível identificar pontos de baixa concordância, o que nos remete ao trabalho de Dias (1995). Neste estudo foi feita uma avaliação da opinião dos alunos de graduação em enfermagem sobre o ensino do exame físico. Segundo esses alunos as principais dificuldades estavam relacionadas à falta de embasamento teórico-prático e despreparo dos docentes. Pode ser, então, que existam diferenças de formação que respondam por diferenças nos dados obtidos.

Considerando que o teste da equivalência avalia os observadores, podemos dizer que, mesmo após o treinamento inicial, ainda houve discordância entre as duas enfermeiras que coletaram os dados. Isto vem reforçar a necessidade de treinamento e conhecimento do que se está avaliando para que haja uma boa concordância entre os observadores. Entretanto, também consideramos cabível realizar uma revisão dos itens em que a discordância apareceu.

#### **5.4- Questões norteadoras para análise dos dados fornecidos pelo instrumento**

Foram incluídas algumas questões para guiar o enfermeiro que utilizar este instrumento na sistematização da assistência de enfermagem embasado na teoria do autocuidado de Orem. As questões foram elaboradas para facilitar o raciocínio do enfermeiro sobre os dados coletados na anamnese e exame físico, de modo que ele seja capaz de reconhecer os déficits de autocuidado do paciente e, com isso, realizar

adequadamente o levantamento de problemas, diagnóstico de enfermagem e prescrição de enfermagem. Por ter surgido como uma consequência da confecção do instrumento e extrapolado os objetivos de nosso trabalho, essa parte não foi submetida ao teste de confiabilidade.

## ***6- CONCLUSÕES***

O referencial de Dorothea Orem se mostrou eficaz na elaboração de um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial.

Embora na primeira parte do instrumento não tenha sido feito o teste de confiabilidade, ele se mostrou eficaz para conhecer o paciente, o tipo de tratamento e os requisitos de autocuidado universais.

Na segunda parte do instrumento, embora tenha havido alguns pontos de fraca concordância, o teste de confiabilidade revelou concordância boa, ótima ou total entre os observadores.

Enfim, o instrumento elaborado nesta dissertação pode servir como guia na coleta de dados de pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial e auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem desses pacientes.

***7- REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

Ayoub AC, Fontes ALC, Silva MAA. et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica. São Paulo, ed Lemar; 2000.

Bajay HM. Registro da evolução de feridas: elaboração e aplicabilidade de um instrumento. Campinas, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

Bajay HM, Rosa KM, Araújo IEM, Lamas JLT, Queiroz MCC, Bianchin MRA. Elaboração e implementação de roteiro de exame físico de enfermagem In: Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo, 6, 2002, Campinas, Programas e Resumos ... São Paulo, 2002, p. 21.

Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica, 2ª edição, São Paulo, ed. Atheneu, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Atlas de Mortalidade por câncer no Brasil, 1979 – 1999. Rio de Janeiro; INCA; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; INCA; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Chan CWH, Chag AM. Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. Cancer Nursing, 1999; 22(4): 260-266.

Cherneck C. Temporal differences in coping, mood, and stress with chemotherapy. Cancer Nursing, 1999; 22(04): 266–276.

Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque, 1971.

Contandriopoulos AP, Champagn, F, Denis JL et al. Saber Preparar uma Pesquisa: definição, estrutura e financiamento, 2ª edição, São Paulo – Rio de Janeiro, ed. Hucitec-Abrasco, 1997.

Curbelo ONM, Vidal RA, Ronquillo HAC. Sobrevida del carcinoma de pulmón no células pequeñas sometido a cirugía en relacion con el estadio clínico. Rev Cubana Oncol, 2001; 17(1): 39-42.

Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2<sup>a</sup> ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque, 1981.

Fonseca SM, Machado RCL, Paiva DRS et al. Manual de quimioterapia antineoplásica, enfermagem prática. Rio de Janeiro; ed Reichmann & Affonso Editores; 2000.

Foster PC, Janssens, NP. Dorothea E. Orem. In: George JB. et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre; Artes Médicas; 1993.

Fried TR; Bradley EH, Towle VR. Valuing the outcomes of treatment. Arch. Intern. Med., 2003; 163(22):2073–2078.

Giarelli E, Pisano R, McCorkle R. Stable & Stable. AJN 2000; 100(12): 26-31.

Guerra MR, Gallo VM, Azevedo G, Mendonça L. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia, 2005; 51(3): 227 – 234.

Guyton AC. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

Hermida PMV. Elaboração e validação de instrumento para coleta de dados na assistência de Enfermagem. Campinas, 2005. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Apresenta informações sobre câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 17 maio 2005.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa/ 2006: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 20/11/2006.

Levin RD, Daehler MA, Grutsch JF, Quiton CG, Lis CG, Peterson DG, et al. Circadian function in patients with advanced non-small-cell lung cancer. British Journal of Cancer, 2005; 93(11):1202–1208.

Lindsey AM, Sarna L. Lung Cancer. In: McCorkle R; Grant M; Frank-Stromborg M; Baird SB. Cancer nursing: a comprehensive textbook, 2ª edição, Philadelphia, ed WB Saunders, 1996.

Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e Utilização, 4ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2001.

Lyman GH, Djulbegovic B. The challenge of systematic reviews of diagnostic and staging studies in cancer. Cancer Treatment Reviews, 2005; 31:628–639.

Marinis F, Nelli F, Migliorino MR, Martelli O, Cortesi E, Treggiari S, et al. Gencitabine, paclitaxel, and cisplatin as induction chemotherapy for patients with biopsy-proven stage IIIA(N2) nonsmall cell lung carcinoma. Cancer, 2003; 98(8):1707–1715.

Orem DE. Nursing: concepts of practice, 4ª edição, United States of America, ed Mosby Year Book, 1985.

Otto SE. Oncologia, enfermagem prática. Rio de Janeiro; ed. Reichmann & Affonso Editores; 2002.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3ª edição, Porto Alegre, ed. Artes Médicas, 1995.

Porto CC. Exame Clínico: bases para a prática médica, 4ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2000.

Radovanovic CAT. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de pacientes: uma abordagem ergonômica. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

Sadler AB. Chemotherapy for small cell lung cancer. Seminars in oncology, 2003, February; 30(1):9–25.

Sarna L. Effectiveness of structured nursing assessment so symptom distress in advanced lung cancer. ONF, 1998; 25(6):1041–1048.

Silva SR. Assistência de enfermagem a acompanhamento domiciliar a pacientes de câncer ginecológico, submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2000. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

Vigano A, Donaldson N, Higginson IJ, Bruera E, Mahmud S, Suarez-Almazor M. Quality of life and survival prediction in terminal cancer patients. *Cancer*, 2004; 101(5):1090–1098.

Zamboni M. Carcinoma de Pequenas Células de Pulmão. *JBM* 1991 julho; 61(1):32–45.

Zang AY, Siminoff LA. The role of the family in treatment decision making by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2003; 30(6):1022–1028.

Zakowski MF. Pathology of small cell carcinoma of the lung. *Seminars in Oncology*, 2003; 30(1):3–8.

***8- ANEXO***

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

(0\_19) 3788-8936

FAX (0\_19) 3788-7187

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

[cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

CEP, 22/11/05.  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 464/2005**  
**CAAE: 0259.0.146.000-05**

## **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL”**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Anita Moda Salvadori

**INSTITUIÇÃO:** Hospital das Clínicas - UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 11/08/05

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 22/11/06

## **II - OBJETIVOS**

Elaborar e validar um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. Avaliar o conteúdo e a confiabilidade deste instrumento.

## **III - SUMÁRIO**

O projeto de mestrado é um estudo de desenvolvimento e descritivo. A pesquisa de desenvolvimento visa os conhecimentos já existentes de maneira sistemática, para elaborar ou melhorar uma intervenção, um instrumento, um dispositivo ou um método de medicação e a descritiva visa observar, descrever e explorar aspectos de alguma situação. Este instrumento, elaborado com base em uma revisão bibliográfica será submetido à validação de conteúdo junto a especialistas da área e avaliação de sua confiabilidade por meio de método de equivalência. Os dados serão analisados pelo teste Qui-quadrado e o coeficiente Kappa. A população desta pesquisa será composta por adultos de ambos os sexos, portadores de câncer de pulmão, atendidos no ambulatório de quimioterapia do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Para compor a amostra, vinte sujeitos serão escolhidos aleatoriamente.

## **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O referido projeto de tese de Mestrado não pressupõe a execução de qualquer procedimento invasivo e não traz risco para os pacientes. Os benefícios esperados relacionam-se à elaboração de um instrumento para uma melhor qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido simples e bom. A bibliografia atualizada e orçamento no valor de R\$ 30,00 para material de consumo.

## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de novembro de 2005.

  
**Prof. Dr. Carmen Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## ***9- APÊNDICES***

## APÊNDICE 1

### Consentimento livre e esclarecido –Paciente

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,  
RG nº \_\_\_\_\_, H C \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

concordo em responder as questões do instrumento de pesquisa. Estou ciente de que:

- a) esta pesquisa, realizada pela enfermeira Anita Moda Salvadori\*, do projeto "Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial", realizada no curso de Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, orientado pelo Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas\*\*;
- b) o objetivo desta pesquisa é elaborar, validar e testar a confiabilidade de um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial; espera-se, como benefício desta pesquisa, um instrumento de coleta de dados que direcione melhor o cuidado de enfermagem levando a melhoria da assistência;
- c) minha participação na pesquisa será:
  - 1. responder aos instrumentos de coleta de dados, não sendo necessária a execução de qualquer procedimento invasivo;
  - 2. permitir a realização de um exame físico.
- d) poderei, a qualquer momento, solicitar que a pesquisadora interrompa sua observação, sem qualquer prejuízo à assistência que eu estiver recebendo; poderei também desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, mesmo que o instrumento já esteja completamente preenchido e analisado.
- e) poderei receber informações sobre a pesquisa sempre que solicitar;
- f) as informações coletadas só serão utilizadas com o objetivo de pesquisa;
- g) minha identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações e qualquer outra forma pela qual este trabalho for divulgado.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

OBS.: QUALQUER RECLAMAÇÃO PODERÁ SER FEITA JUNTO AO COMITE DE  
ÉTICA EM PESQUISA, PELO TELEFONE (019)37888936.

\* Endereço: Rua 14 de dezembro, 55, apt. 220, Centro, Campinas-SP, CEP 13015919. Fone (19) 33861512, (19) 91583254

\*\* Endereço: Av. João Batista Morato do Canto, 1695, apt. 82, Parque Industrial, Campinas-SP, CEP 13031800. Fone (19) 37888832, (19) 327

## APÊNDICE 2

idade \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

### Situação conjugal

☐ casado      ☐ solteiro      ☐ amasiado      ☐ viúvo      ☐ separado

## Escolaridade

☐ sem alfabetização    ☐ Ensino Fundamental    ☐ Ensino Médio    ☐ Superior

☐ completo      ☐ incompleto

## O TRATAMENTO

Diagnóstico oncológico\_\_\_\_\_

Tipo de quimioterapia

☐ monoquimioterapia      ☐ paliativa      ☐ regional      ☐ neoadjuvante

☐ poliquimioterapia      ☐ curativa      ☐ sistêmica      ☐ adjuvante

☐ de altas doses                      ☐ para controle temporário

Quimioterápico utilizado

Via de administração \_\_\_\_\_

Intervalo entre as administrações\_\_\_\_\_

Fase em que o paciente se encontra\_\_\_\_\_

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

### Padrão de sono e repouso

Sono diário \_\_\_\_\_ h      Problemas do sono: ☐ dificuldade de iniciar o sono

- dificuldade de manter o sono

☐ ronco      ☐ sonolência diurna

☐ outros:

### Exercício físicos

Pratica exercícios físicos? ☐ sim ☐ não Qual:

## Hábitos

□ café

há quanto tempo\_\_\_\_\_ consumo diário\_\_\_\_\_ deixou o vício há \_\_\_\_\_

☐ cigarro

há quanto tempo\_\_\_\_\_ consumo diário\_\_\_\_\_ deixou o vício há \_\_\_\_\_

☐ álcool

há quanto tempo\_\_\_\_\_ consumo diário\_\_\_\_\_ deixou o vício há \_\_\_\_\_

☐ drogas

há quanto tempo\_\_\_\_\_ consumo diário\_\_\_\_\_ deixou o vício há \_\_\_\_\_

### *Padrões nutricionais/ hidratação*

## Alimentação

Alimentos que costuma consumir: \_\_\_\_\_

Alimentos que não consome: \_\_\_\_\_

Dieta especial: ☐ sim ☐ não Tipo: \_\_\_\_\_

Hidratação

Consumo diário: ☐  $\leq 1L$  ☐  $\leq 2L$  ☐  $\geq 2L$

Líquidos que costuma ingerir:

☐ água ☐ chá ☐ sucos naturais ☐ refrigerante ☐ refrescos ☐ outros \_\_\_\_\_

*Atividade diária*

☐ trabalha ☐ estuda ☐ aposentado ☐ atividades do lar

☐ outros \_\_\_\_\_

*Relacionamento familiar*

Reside com: ☐ pai ☐ mãe ☐ marido/esposa ☐ filhos ☐ outros \_\_\_\_\_

Classificação da relação: ☐ ótima ☐ boa ☐ regular ☐ péssima

Vida sexual ativa: ☐ sim ☐ não

Uso de contraceptivos: ☐ sim ☐ não Qual? \_\_\_\_\_

*Espiritualidade*

Religião ou crença: ☐ sim ☐ não Qual? \_\_\_\_\_

*Segurança Emocional*

☐ sentimento de medo ☐ temor ☐ apreensão e/ou comportamento de negação

☐ choro ☐ fuga ☐ relatos de pânico/obsessões ☐ nervosismo

☐ preocupação ☐ inquietação ☐ tensão facial ☐ voz trêmula

☐ outros \_\_\_\_\_

*Higiene pessoal*

☐ limpo ☐ sujo ☐ descuidado ☐ mal vestido

## EXAME FÍSICO

PA \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

*Cabeça/ pescoço/ neurológico*

☐ consciente ☐ orientado ☐ desorientado ☐ confuso ☐ agitado ☐ apático

pupilas: ☐ isocóricas ☐ anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D

☐ midríaticas ☐ mióticas ☐ fotorreagentes ☐ não fotorreagente ☐ visão turva

☐ nistagmo ☐ escotomas ☐ diplopia ☐ alterações visuais

☐ dificuldade de comunicação

Cavidade oral: ☐ higiene \_\_\_\_\_ ☐ alterações \_\_\_\_\_

☐ sialorréia ☐ desvio de rima ☐ lesões/ incisões ☐ edemas

*Nutrição/ Hidratação*

☐ corado ☐ descorado \_\_\_\_\_/++++ ☐ icterico \_\_\_\_\_/++++ ☐ anasarca

☐ hidratado ☐ desidratado \_\_\_\_\_/++++ ☐ aceitação alimentar \_\_\_\_\_

☐ dificuldade de deglutição ☐ náuseas/ vômitos

### *Tórax/ pulmões*

- ☐ expansão torácica/ sons/ ruídos \_\_\_\_\_
- ☐ tosse/ expectoração \_\_\_\_\_
- ☐ nebulização/ cateter de O2 \_\_\_\_\_
- ☐ lesões/ incisões \_\_\_\_\_
- ☐ queixas de dor \_\_\_\_\_

### *Abdome*

- Abdome: ☐ plano      ☐ globoso      ☐ escavado      ☐ distendido      ☐ RHA presente  
☐ tenso      ☐ flácido      ☐ timpânico      ☐ ascítico      ☐ RHA ausente  
☐ doloroso \_\_\_\_\_ ☐ lesões/ incisões \_\_\_\_\_

### *Eliminações*

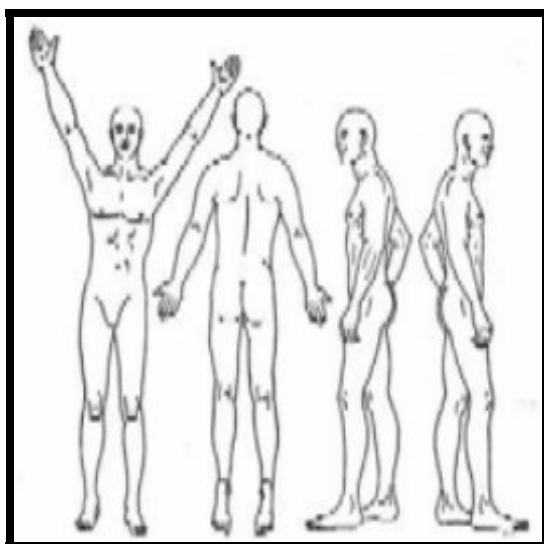
- ☐ ostomias \_\_\_\_\_
- ☐ evacuações/ flatos \_\_\_\_\_
- ☐ diurese espontânea \_\_\_\_\_
- ☐ nefrostomia \_\_\_\_\_
- ☐ oligúria      ☐ anúria      ☐ poliúria

### *Extremidades/ dorso*

- ☐ edema MMSS \_\_\_\_\_/++++      ☐ edema em MMII \_\_\_\_\_/++++      ☐ cianose \_\_\_\_\_/++++
- ☐ perfusão periférica \_\_\_\_\_
- ☐ tremores \_\_\_\_\_ ☐ convulsões \_\_\_\_\_
- ☐ parestesias \_\_\_\_\_ ☐ paresias \_\_\_\_\_
- ☐ movimentação MMSS \_\_\_\_\_
- ☐ movimentação MMII \_\_\_\_\_

Deambulação: ☐ sem auxílio      ☐ com auxílio      ☐ não deambula

- ☐ lesões/ incisões \_\_\_\_\_



### **Localização e avaliação das Feridas:**

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

**APÊNDICE 3**  
**Instrumento de coleta de dados**

idade \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Situação conjugal**

☐ casado      ☐ solteiro      ☐ amasiado      ☐ viúvo      ☐ separado

**Escolaridade**

☐ sem alfabetização    ☐ Ensino Fundamental      ☐ Ensino Médio      ☐ Superior  
☐ completo    ☐ incompleto

**O TRATAMENTO**

Diagnóstico histológico \_\_\_\_\_

**Tipo de quimioterapia**

☐ monoquimioterapia      ☐ paliativa      ☐ neoadjuvante      ☐ de altas doses  
☐ poliquimioterapia      ☐ curativa      ☐ sistêmica      ☐ adjuvante

Quimioterápicos utilizados \_\_\_\_\_

Via de administração \_\_\_\_\_

Intervalo entre as administrações \_\_\_\_\_

Fase em que o paciente se encontra \_\_\_\_\_

Efeitos colaterais: ☐ Alterações de reflexos    ☐ Leucopenia      ☐ Trombocitopenia  
☐ Anemia      ☐ Granulocitopenia    ☐ Dispnéia      ☐ Hipotensão    ☐ Angioedema  
☐ Urticária    ☐ Ototoxicidade      ☐ Nefrotoxicidade      ☐ Hipopotassemia  
☐ Hipomagnessemia    ☐ Hipofosfatemia      ☐ Náuseas      ☐ Vômitos      ☐ Mucosite  
☐ Estomatite      ☐ Diarréia      ☐ Alopecia      ☐ Febre      ☐ Flebite  
☐ Outros \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS**

**Padrão de sono e repouso**

Sono diário \_\_\_\_\_ h      Problemas do sono: ☐ dificuldade de iniciar o sono  
☐ dificuldade de manter o sono  
☐ ronco      ☐ sonolência diurna  
☐ outros: \_\_\_\_\_

***Exercício físicos***

Pratica exercícios físicos?    ☐ sim    ☐ não      Qual: \_\_\_\_\_  
Frequência \_\_\_\_\_

***Hábitos***

☐ café  
por quanto tempo \_\_\_\_\_ consumo diário \_\_\_\_\_ deixou hábito há \_\_\_\_\_  
☐ cigarro  
por quanto tempo \_\_\_\_\_ consumo diário \_\_\_\_\_ deixou hábito há \_\_\_\_\_

☐ álcool  
por quanto tempo \_\_\_\_\_ consumo diário \_\_\_\_\_ deixou hábito há \_\_\_\_\_  
☐ drogas  
por quanto tempo \_\_\_\_\_ consumo diário \_\_\_\_\_ deixou hábito há \_\_\_\_\_  
Padrões nutricionais/ hidratação  
Alimentação  
Alimentos que costuma consumir: \_\_\_\_\_  
Alimentos que não consome: \_\_\_\_\_  
Dieta especial: ☐ sim ☐ não Tipo: \_\_\_\_\_  
Hidratação  
Consumo diário: ☐  $\leq 1l$  ☐ 1 - 2 l ☐  $\geq 2l$   
Líquidos que costuma ingerir:  
☐ água ☐ chá ☐ sucos naturais ☐ refrigerante ☐ refrescos ☐ outros \_\_\_\_\_

#### *Atividade diária*

☐ trabalha ☐ estuda ☐ aposentado ☐ atividades do lar  
☐ outros \_\_\_\_\_

#### *Relacionamento familiar*

Reside com: ☐ pai ☐ mãe ☐ marido/esposa ☐ filhos ☐ outros \_\_\_\_\_  
Classificação da relação: ☐ ótima ☐ boa ☐ regular ☐ péssima  
Vida sexual ativa: ☐ sim ☐ não Amenorréia: ☐ sim ☐ não  
Uso de contraceptivos: ☐ sim ☐ não Qual? \_\_\_\_\_

#### *Espiritualidade*

Religião ou crença: ☐ sim ☐ não Qual \_\_\_\_\_

#### *Segurança Emocional*

☐ sentimento de medo ☐ temor ☐ apreensão e/ou comportamento de negação  
☐ choro ☐ fuga ☐ relatos de pânico/obsessões ☐ nervosismo  
☐ preocupação ☐ inquietação ☐ tensão facial ☐ voz trêmula  
☐ outros \_\_\_\_\_

#### *Higiene pessoal*

☐ boa ☐ regular ☐ má

### **EXAME FÍSICO**

PA \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

#### *Cabeça/ pescoço/ neurológico*

☐ consciente ☐ orientado ☐ desorientado ☐ confuso ☐ agitado ☐ apático  
pupilas: ☐ isocóricas ☐ anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D  
☐ midríaticas ☐ mióticas ☐ fotorreagentes ☐ não fotorreagente ☐ visão turva  
☐ nistagmo ☐ escotomas ☐ diplopia  
☐ dificuldade de comunicação ☐ tremores ☐ convulsões  
Cavidade oral: ☐ higiene \_\_\_\_\_ ☐ alterações \_\_\_\_\_

- ☐ sialorréia    ☐ desvio de rima    ☐ lesões/ incisões    ☐ edemas  
☐ dentição completa    ☐ dentição incompleta    ☐ ausência de dentes    ☐ prótese

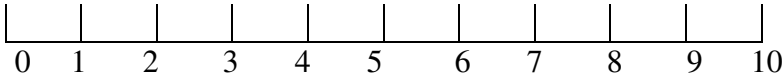
#### *Nutrição/ Hidratação*

- ☐ corado    ☐ descorado\_\_\_\_\_/++++    ☐ icterico\_\_\_\_\_/++++    ☐ anasarca  
☐ hidratado    ☐ desidratado\_\_\_\_\_/++++    ☐ aceitação alimentar\_\_\_\_\_  
☐ dificuldade de deglutição    ☐ náuseas/ vômitos

#### *Tórax/ pulmões*

- ☐ expansão torácica/ sons/ ruídos\_\_\_\_\_  
☐ tosse/ expectoração\_\_\_\_\_  
☐ nebulização/ cateter de O2\_\_\_\_\_  
☐ lesões/ incisões\_\_\_\_\_  
☐ queixas de dor\_\_\_\_\_

#### *Intensidade da Dor*



#### *Abdome*

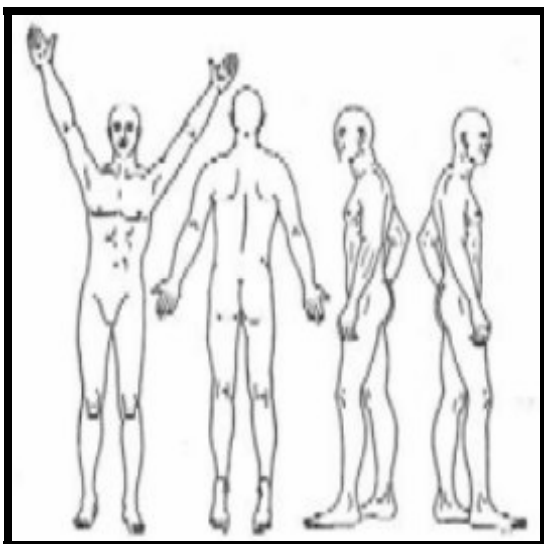
- Abdome: ☐ plano    ☐ globoso    ☐ escavado    ☐ distendido    ☐ RHA presente  
☐ tenso    ☐ flácido    ☐ timpânico    ☐ ascítico    ☐ RHA ausente  
☐ doloroso\_\_\_\_\_    ☐ lesões/ insisões\_\_\_\_\_

#### *Eliminações*

- ☐ eliminação intestinal - frequência\_\_\_\_\_  
☐ flatos  
☐ diurese espontânea  
☐ oligúria    ☐ anúria    ☐ poliúria  
☐ outros\_\_\_\_\_

#### *Extremidades/ dorso*

- ☐ edema MMSS\_\_\_\_\_/++++    ☐ edema em MMII\_\_\_\_\_/++++    ☐ cianose\_\_\_\_\_/++++  
☐ perfusão periférica\_\_\_\_\_  
☐ parestesias\_\_\_\_\_    ☐ paresias\_\_\_\_\_  
☐ movimentação MMSS\_\_\_\_\_  
☐ movimentação MMII\_\_\_\_\_  
Deambulação: ☐ sem auxílio    ☐ com auxílio    ☐ não deambula  
☐ lesões/ incisões\_\_\_\_\_



### Outros achados

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ***Questões norteadoras para análise dos dados fornecidos pelo instrumento***

Como está sendo a resposta ao tratamento?

O que o paciente está conseguindo fazer no dia-a-dia?

Em qual dos itens abaixo você encontrou algum problema?

- ☐ Padrão de sono e repouso
- ☐ Exercício físico
- ☐ Hábitos
- ☐ Padrões nutricionais e de hidratação
- ☐ Atividade diária
- ☐ Relacionamento familiar
- ☐ Espiritualidade
- ☐ Segurança emocional
- ☐ Higiene pessoal

Exame físico

- ☐ Cabeça/ pescoço/ neurológico
- ☐ Nutrição/ hidratação
- ☐ Tórax/ pulmões
- ☐ Abdome
- ☐ Eliminações
- ☐ Extremidade/ dorso

O paciente ou o cuidador consegue executar alguma ação para sanar ou melhorar estes problemas?

Quais são outros prováveis problemas de ocorrerem em casa devido ao tratamento?

Quais os conhecimentos do paciente e do cuidador para resolvê-los?

De que forma o enfermeiro pode intervir para diminuir ou sanar os problemas?

Das orientações que visam a diminuição dos problemas, quais o paciente consegue realizar sozinho e em que ele precisa de ajuda?

O que é possível fazer para esse paciente necessitar do mínimo de ajuda?

### ***Levantamento de Problemas***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

### ***Diagnóstico de Enfermagem***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

### ***Prescrição de Enfermagem***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_